

# Palliatiivisen hoidon opas potilaalle ja hänen omaisilleen

Päijät-Hämeen keskussairaalan  
palliatiivisen poliklinikan käyttöön

LAHDEN  
AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Hoitotyön sv.  
Sairaanhoitaja  
Opinnäytetyö  
Kevät 2017  
Heidi Nurminen  
Janica Nikkilä  
Reena Miinalainen

Lahden ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön sv.

MIINALAINEN, REENA  
NIKKILÄ, JANICA  
NURMINEN, HEIDI:

Palliativisen hoidon opas  
potilaalle ja hänen omaisilleen -  
Päijät-Hämeen keskussairaalan  
palliativisen poliklinikan käyttöön

Hoitotyön opinnäytetyö, 71 sivua, 1 liite

Kevät 2017

TIIVISTELMÄ

---

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa opas palliativisesta hoidosta potilaalle ja hänen omaisilleen. Opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä tietoutta palliativisen hoidon tavoitteista, tarkoituksesta ja hoitomenetelmistä. Opas vastaa kysymyksiin, mitä palliativinen hoito ja saattohoito tarkoittavat ja mitä ne pitävät sisällään. Oppaassa käydään läpi sitä, millaisia erilaisia tunteita kuoleman läheisyys saattaa aiheuttaa ja miten niissä voidaan tukea. Lopuksi käymme läpi erilaisten oireiden lievitystä ja millaisia toimenpiteitä palliativiseen hoitoon kuuluu.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään palliativisen hoidon ja saattohoidon käsitteet sekä hoitoihin siirtyminen, hyvä perushoito osana palliativista hoitoa, palliativiset hoitomenetelmät, kipu, kuoleman läheisyyden aiheuttamat eri tunteet ja niiden tukeminen, kuoleman jälkeiset toimenpiteet ja hyvän oppaan kriteerit. Opinnäytetyön tietoperusta koostuu kirjallisuudesta ja hoitotyön tietokantojen materiaalista. Tietokantojen materiaaleista valittiin käytettäväksi tutkimuksia, väitöskirjoja ja artikkeleita. Oppaan tietoperusta on kerätty opinnäytetyömme pohjalta.

Hankkeen työstäminen on aloitettu keväällä 2016 ja saatu päätökseen keväällä 2017. Opas tehtiin yhteistyössä Päijät-Hämeen keskussairaalan palliativisen poliklinikan kanssa, jonka käyttöön opas annetaan.

Potilasoppaan laadinnassa huomioimme hyvän oppaan kriteeristöä. Poliklinikan henkilökunta on saanut vaikuttaa oppaan sisältöön. Opasta luetutettu poliklinikan henkilökunnalla ja opinnäytetyötä ohjaavilla opettajilla sekä henkilöillä, jotka eivät työskentele hoitoalalla. Opasta on muokattu lukijoiden palautteen pohjalta lukijaystävälliseksi. Potilaita tai heidän omaisiaan ei ole haastateltu yksityisyydensuojan kunnioittamisen vuoksi.

Asiasanat: palliativinen hoito, saattohoito, potilas, omainen, kuolema, potilasopas

Lahti University of Applied Sciences  
Degree Programme in nursing

MIINALAINEN, REENA  
NIKKILÄ, JANICA  
NURMINEN, HEIDI:

Palliative care guide to patients and  
their relatives for the use of  
Päijät-Häme central hospital palliative  
polyclinic

Bachelor's Thesis in nursing

71 pages, 1 attachment

Spring 2017

ABSTRACT

---

The aim of this thesis was to produce a guide about palliative care for patients and their relatives. The purpose was to increase the knowledge about palliative care goals, purposes and treatment methods. The guide responds to the following questions: what does palliative and hospice care mean and what do they contain. We process in the guide what kind of different feelings the death of a relative can cause and how can you support a person dealing with it. Lastly we cover symptoms, alleviation and operations that are included in palliative care.

The thesis theoretical section contains the concept of palliative and hospice care, transition to these kinds of treatments, good basic care on part of palliative care, palliative treatment methods, pain, feelings caused by the death of a relative and support and actions after death. The thesis data consist of literature and material of nursing databases. From the database we selected different research, doctoral theses and articles.

Our project started in spring 2016 and it ended in spring 2017. The guide is made in cooperation with the Päijät-Häme central hospital palliative polyclinic and it will be used by them.

In the preparation of the patient guide we have considered the criteria for a good guide creation and the Polyclinic had a chance to influence its content. Polyclinic staff, the thesis supervisor and people who don't work in care sector read the guide. After their feedback the guide was edited to become more friendly to the readers. Patients and their relative have not been interviewed due to respect of the privacy policy.

Key words: Palliative care, hospice care, patient, relative, death, patient guide

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TOIMEKSIANTAJA	3
3	TAVOITE JA TARKOITUS	4
4	PALLIATIIVISEN HOIDON MÄÄRITELÄMÄ JA SIIHEN SIIRTYMINEN	5
4.1	Palliativinen hoito	5
4.2	Saattohoito	6
4.3	Palliativiseen ja saattohoitoon siirtyminen	6
5	HYVÄ PERUSHOITO OSANA PALLIATIIVISTA HOITOA	9
5.1	Ihon hoito	9
5.2	Vatsantoiminnan tukeminen	10
5.3	Pahoinvoinnin ehkäiseminen	11
5.4	Hengityksen tukeminen	12
5.5	Nesteen kertyminen ja sen hoito	14
5.6	Elimistön ja suun kuivumisen hoito	15
5.7	Mielialan muutokset ja niiden hoitaminen	17
5.8	Sekavuuden hoitaminen	19
5.9	Väsymysoireyhtymä ja sen hoito	20
6	PALLIATIIVISET HOITOMENETELMÄT	23
6.1	Toimenpiteet	23
6.2	Sädehoito	23
6.3	Verituotteet	24
6.4	Lääkitys	25
6.5	Parenteraalinen nesteytys- ja ravitsemushoito	26
6.6	Sedaatio	28
7	KIPU	30
7.1	Luustokipu	30
7.2	Elinvauriokipu	31
7.3	Läpilyöntikipu	33
7.4	Hermovauriokipu	34
7.5	Lääkkeetön kivunhoito	35
8	KUOLEMAN LÄHEISYYS	37

8.1	Kuoleman uhkaan joutuminen	37
8.2	Kuoleman pelko	38
8.3	Elämästä luopuminen	40
8.4	Toivo	41
8.5	Kuolemaan valmistautuminen	43
8.6	Suru	44
8.7	Vertaistuki	45
9	KUOLEMAN JÄLKEEN	48
9.1	Vainajan laitto	48
9.2	Lääkärin tekemät toimenpiteet	49
9.3	Omaisten toimet kuoleman jälkeen	49
10	HYVÄ POTILASOPAS	52
11	HANKKEEN TOTEUTTAMINEN	54
11.1	Hankkeen suunnittelu	54
11.2	Oppaan toteuttaminen	55
11.3	Valmiin oppaan esittely	57
11.4	Valmiin oppaan arviointi	58
12	POHDINTA	60
	LÄHTEET	63
	LIITTEET	72

## 1 JOHDANTO

Palliativista hoitoa Suomessa tarvitsee joka vuosi noin 200- 300 000 henkilöä ja saattohoitoa noin 15 000 henkilöä. Palliativisen hoidon lähtökohtana on etenevä ja parantumaton sairaus, jota ei voi enää hoidoilla parantaa tai potilas on itse kieltäytynyt parantavista hoidoista. Palliativisessa hoidossa lievitetään potilaan sairauden tai hoitojen oireita sekä kärsimystä. Saattohoidolla tarkoitetaan potilaan sekä hänen omaisensa hoitoa ja tukea viimeisinä hetkinä ennen potilaan kuolemaa ja sen jälkeen. Yleensä saattohoitovaihe alkaa potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidon puolelta perusterveydenhuollon piiriin. Potilaiden hoitopolut ovat yksilöllisiä ja keskenään erilaisia. Hoitopolkuun vaikuttavat potilaan omat tarpeet ja toiveet sekä hänen vakaumuksensa. (Pihlainen 2010, 11,17.)

Riippumatta siitä onko kyseessä palliativinen hoito tai saattohoito, vaatii sen toteuttaminen yhteistyötä eri osapuolten välillä ja riittävästi erikoiskoulutettuja ammattitaitoisia henkilöstöä. Hoitoyksiköiden yhteistyön tulee olla saumatonta, sillä potilaalle saattohoitopäätös voi olla yllättävä ja vaikea tilanne. (Pihlainen 2010, 17.) Palliativisten potilaiden varhainen tunnistaminen ja ohjaaminen oikean hoidon piiriin antaa aikaa sopeutua uuteen tilanteeseen (Vallittu-Lankinen 2016).

Parantumaton sairaus koskettaa potilaan lisäksi myös hänen omaisiaan ja muuttaa heidän elämänsä peruuttamattomasti. Palliativisen hoidon sekä saattohoidon aikana omaisten huomioiminen on isossa osassa hoitotyötä. Omaiset tarvitsevat myös tukea ja tietoa muuttuvassa elämäntilanteessa sekä itsensä että potilaan vuoksi. Anttosen (2016) tutkimuksessa nousi vahvasti esille omaisten tiedontarve. Ajankohtainen tieto läheisen tilanteesta ja lääketieteellisestä hoidosta sekä emotionaalisen tuen antaminen lisäävät omaisten luottamusta hoitoon ja vähentävät huolta tulevasta. Omaisen näkökulmasta avoin tiedonanto hoitolinjauspäätöksistä auttavat hoitorajausten ymmärtämistä ja hoitovastuun selkiytymistä sekä auttavat käsittelemään asiaa. (Anttonen 2016, 19,26).

Sosiaalisessa mediassa ja lehdissä on ollut viime aikoina paljon keskustelua saattohoidosta sekä myös eutanasiasta eli armokuolemasta. Suomessa laitettiin vireille eutanasia-aloite hyvän kuoleman puolesta marraskuussa 2016. Aloitteessa ehdotetaan eduskunnan ryhtymistä lainvalmistelutoimenpiteisiin eutanasilain säätämiseksi sekä eutanasian laillistamiseksi Suomessa. Eutanasilakia tarvitaan aloitteen mukaan lisäämään elämän loppuajan vaihtoehtoja niille henkilöille, jotka eivät saa riittävää lievitystä sietämättömiin kipuihinsa hyvästä palliatiivisesta hoidosta huolimatta. (Hakala 2017.) Tämän kansalaisaloitteen vireille pano on aiheuttanut paljon erilaisia mielipiteitä. Keskustelua on paljon siitä, että ensin tulisi kehittää saatavilla olevaa saattohoitoa ja sen laatua ennen kuin eutanasia laillistettaisiin Suomessa. On myös edelleen jonkin verran väärinkäsityksiä sekä tietämättömyyttä saattohoidosta ja sen tavoitteista, minkä vuoksi tietoa siitä tulisi lisätä ihmisten keskuudessa. (Lakka 2017.)

Opinnäytetyön aiheena on palliatiivisen hoidon opas potilaalle ja hänen omaisilleen. Opinnäytetyö on toiminnallinen ja sen tuotoksena tehdään konkreettinen opas. Opas tehdään Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän palliatiivisen poliklinikan käyttöön. Opas on pääsääntöisesti suunnattu palliatiivista hoitoa saavalle potilaalle ja hänen omaisilleen antamaan tarvittavaa ja riittävää tietoa hoidosta ja sen tavoitteista. Oppaan avulla halutaan lisätä potilaiden ja heidän omaistensa tietämystä palliatiivisesta hoidosta, jotta he ymmärtäisivät miksi toimitaan tietyllä tavalla. Riittävä mutta rajattu tieto vähentää ennakkoluuloja ja väärinkäsityksiä.

## 2 TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantajamme on Päijät-Hämeen keskussairaalan palliatiivinen poliklinikka. Palliatiivisen poliklinikan toiminta on aloitettu asteittain syksyn 2015 aikana. Poliklinikka työllistää yhden lääkärin sekä sairaanhoitajan.

Vastaanottoaikoja poliklinikalla on keskitetysti tiistaista torstaihin, kahdesta kolmeen käyntiin päivässä. Potilaat saavat palliatiiviselta poliklinikalta myös puhelinneuvontaa ja -ohjausta arkisin klo 9-10 sekä lisäksi maanantaista torstaihin klo 13-14. Poliklinikan työntekijät antavat myös soittoaikoja potilaille, jolloin henkilökunta on heihin päin yhteydessä. Poliklinikan sairaanhoitaja ja lääkäri tekevät tarvittaessa potilaille kotikäyntejä yksittäin sekä työparina. (Vallittu-Lankinen 2016.)

Palliatiivisella poliklinikalla hoidetaan parantumattomasti sairaita henkilöitä. Toiminnan tavoitteena on ylläpitää elämän laatua sekä lievittää oireita. Lääkehoito, oireita lievittävät toimenpiteet ja psykososiaalinen tuki ovat esimerkkejä käytetyistä hoidollisista menetelmistä. (Palliatiivinen poliklinikka 2016.) Parantumattomasti sairasta henkilöä hoidettaessa olisi tärkeää lisätä hoitohenkilökunnan tietoutta hoidosta, jolloin potilaat ohjautuisivat oikea-aikaisesti poliklinikan piiriin. Tällöin potilaalle ja hänen omaisilleen on mahdollista tarjota myös psyykkistä ja henkistä tukea paremmin. (Vallittu-Lankinen 2016.)

Poliklinikka tekee eri erikoisalojen ja perusterveydenhuollon kanssa tiivistä yhteistyötä sekä tekee osastokonsultaatioita eri hoitoyksiköille Päijät-Hämeen alueella. Hoito suunnitellaan yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa ja tarvittaessa hyödynnetään eri ammattiryhmien osaamista. (Palliatiivinen poliklinikka 2016.) Poliklinikka tukee vaativan erityistason kotisaattohoitoa yhteistyössä kotisairaaloitten kanssa. Palliatiivinen poliklinikka kehittää jatkuvasti alueellista toimintaa, ja se on järjestänyt koulutuksia syksystä 2016 lähtien. (Vallittu-Lankinen 2016.)



### 3 TAVOITE JA TARKOITUS

Tavoitteena on suunnitella ja toteuttaa selkeä ja mahdollisimman helppolukuinen opas potilaalle sekä hänen omaisilleen palliatiivisesta hoidosta. Oppaan sisältö tiivistetään niin, että tärkeä tieto tulee selkeästi esiin, eikä liiallinen tieto sekoita liikaa lukijaa. Oppaan sisältö kootaan teorialiedon sekä yhteistyökumppanin toiveiden perusteella.

Oppaan tarkoituksena on lisätä omaisen tietämystä palliatiivisesta hoidosta, jolloin väärinkäsitykset ja oletukset vähenevät. Tämä ehkäisee omaisten ja hoitohenkilökunnan välisiä konflikteja, jotka ovat seurauksena liian vähäisestä tietämyksestä palliatiivisen hoidon tavoitteista ja tarkoituksesta. (Anttonen 2016, 63.) Palliatiivisen poliklinikan hoitohenkilökunta saa konkreettista materiaalia annettavakseen, jolloin omaiset voivat rauhassa perehtyä saattohoidon pääpiirteisiin. Näin omaisenkin pystyy helpommin valmistautumaan tuleviin tapahtumiin sekä hoitoihin. Tieto lisää niin potilaan kuin omaisenkin elämänlaatua. Omaiset ovat oppaan suoria hyödynsajia, lisäksi oppaasta hyötyvät potilas itse, hoitohenkilökunta ja sitä kautta myös opiskelijat.

## 4 PALLIATIIVISEN HOIDON MÄÄRITELÄMÄ JA SIIHEN SIIRTYMINEN

Suurin potilasryhmä palliatiivista- ja saattohoitoa tarvitsevia henkilöitä ovat syöpäpotilaat. Hoidon tarve on huomattava myös kroonisissa elinvauriosairauksissa, kuten sydämen vajaatoiminnassa, keuhkohtaumatauti, munuaisten ja maksan vajaatoiminta. AIDS:ia ja eteneviä neurologisia sairauksia, kuten ALS:ia ja MS-tautia sairastavat henkilöt muodostavat myös potilasryhmän palliatiivisen- ja saattohoidon piiriin. Yleensä dementiapotilaista vain pieni osa tarvitsee erikoistunutta saattohoitoa, joten hoito tulisikin järjestää pääsääntöisesti hoitavassa yksikössä, jonka tulisi saada hoidosta lisäkoulutusta. (Tasmuth, Poukka & Pöyhiä 2012, 453.)

### 4.1 Palliatiivinen hoito

Palliatiivinen hoito on potilaan aktiivista ja oireenmukaista hoitamista, jonka tarkoituksena on parantaa potilaan ja hänen omaistensa elämänlaatua. Hoidossa ennakoidaan kuolemaan johtavan parantumattomaan sairauteen liittyviä ongelmia ja kohdataan ne sekä tarjotaan lievitystä kokonaisvaltaiseen kärsimykseen. Kokonaisvaltaisessa hoidossa tulisi huomioida fyysiset, psykososiaaliset ja hengelliset tarpeet, sekä tunnistaa ja hoitaa niitä riittävän varhaisessa vaiheessa jatkuvasti arvioiden niitä. (Anttonen 2016, 17-18.)

Potilaan hyvän hoidon, interventioiden ja kustannusten kannalta on tärkeää, että lääkäri määrittää hoitolinjauksen. Palliatiiviseen hoitoon päädyttyäessä sairautta ei enää voida parantaa, mutta hoito jatkuu elämän loppuun saakka. Kirurgisilla toimenpiteillä voidaan saada aikaan hyvää oireiden lievitystä, mutta laajat potilasta huomattavasti rasittavat toimenpiteet eivät enää kuulu palliatiivisen hoidon pääpiirteisiin. Tehohoidosta, josta ei ole toipumisennustetta, luovutaan. Tutkimuksia tehdään vain, jos niillä voidaan kohentaa potilaan elämänlaatua, mutta rutiininomaisia tutkimuksia ei enää tehdä. (Tasmuth ym. 2012, 452.)

## 4.2 Saattohoito

Saattohoito on viimeinen osa katkeamatonta hoitoketjua, joka seuraa palliatiivista hoitoa. Saattohoito on elämän loppuvaiheen hoitoa, joka kestää elämän viimeisistä viikoista korkeintaan kuukausiin. Hoito suunnataan potilaalle ja hänen omaisilleen. Tavoitteena on auttaa potilasta rauhalliseen kuolemaan sekä perhettä valmistautumaan muuttuvaan elämäntilanteeseen. Tietoisuus tulevasta kuolemasta auttaa potilasta ja hänen omia valmistautumaan kuolemaan, luopumiseen ja suruun. (Anttonen 2016, 17.)

Viimeistään tässä vaiheessa hoitoa tulee huolellisesti arvioida, mistä hoidoista potilas hyötyy ja mitkä aiheuttavat vain lisää kärsimystä. Hoidossa korostuu entistä enemmän potilaan kokonaisuus sairauden sijaan. (Tasmuth ym. 2012, 452.)

## 4.3 Palliatiiviseen ja saattohoitoon siirtyminen

Palliatiiviseen hoitoon siirtyminen edellyttää hoitolinjauksen tekemistä. Jos potilaan sairauden etenemistä ei voida lääketieteellisin keinoin parantaa tai jarruttaa ja sen hoidot tuottavat potilaalle vain kärsimystä, on potilaan edun mukaista siirtyä palliatiiviseen eli oireenmukaiseen hoitoon. (Lehto 2015.) Hoitolinjauksesta tulisi päättää tarpeeksi ajoissa, jolloin potilas saa tarkoituksenmukaista hoitoa (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Päätöksen hoitolinjauksesta tekee aina lääkäri tai lääkärit tarkkaan harkitusti yhdessä potilaan ja mahdollisesti hänen läheistensä kanssa keskustellen (Lehto 2015). Päätöstä tehdessä potilaalla on oikeus saada tietoa omasta hoidostaan, hoitovaihtoehtoista sekä niiden merkityksestä omaan terveyteen (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 5 §). Keskusteluissa hoitolinjauksesta pyritään aina yhteisymmärrykseen kaikkien osapuolien kanssa, jolloin turvataan lääketieteellisesti perusteltu sekä potilaan arvojen ja toiveiden mukainen paras mahdollinen hoito (Lehto 2015). Potilaan itsemääräämisoikeuden perusteella, on potilaalla kuitenkin myös mahdollisuus kieltäytyä hoidosta. Potilasta on tällöin

hoidettava mahdollisuuksien mukaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 6 §.)

Osana palliatiivista hoitoa on myös siirtyminen saattohoitoon.

Saattohoitoon siirtyminen on myös päätös, josta tulisi keskustella potilaan kanssa tai vaihtoehtoisesti hänen läheistensä kanssa, jos potilas ei ole enää itse kykenevä. Saattohoitopäätökseen pitää myös olla lääketieteelliset perusteet. (Valvira 2008a.) Päätös kertoo, että potilaan kuolema on odotettavissa ja lähellä. Jokaisella kuolevalla potilaalla pitää olla oikeus saattohoitopäätökseen, jolloin hoito voidaan keskittää kärsimyksen lievittämiseen ja henkilökunta ohjautuu saattohoitokäytänteisiin. (Lehto 2015.) Saattohoitovaiheessa esimerkiksi lääkehoidossa voi tapahtua suuriakin muutoksia, joista on hyvä kertoa tarkoin perustellen myös omaisille. Syytä on myös kertoa, että saattohoito ei ole aktiivista kuolemaan auttamista. Omaisten riittävällä tiedottamisella vältetään hoitovirhe-epäilyiltä, joita saattaa tulla omaisten liian vähäisen tiedon puutteen seurauksena. (Valvira 2008a.)

Hoitolinjauksen yhteydessä tehdään myös usein hoidonrajauksia.

Hoitolinja kertoo, mikä on hoidon tarkoitus, ja hoidonrajauksilla ilmaistaan hoidolliset toimenpiteet mistä pidättäydytään. Ehkä tunnetuin hoidonrajaus on DNR (do not resuscitate), eli elvytyksestä pidättäytyminen. (Lehto 2015.) Suurin osa DNR päätöksistä tehdään potilaan siirtyessä palliatiiviseen hoitoon, jolloin tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa muitakin hoidonrajauksia, jotka arvioidaan tehottomiksi lääketieteellisestä näkökulmasta. Saattohoitopäätökseen DNR sisältyy automaattisesti. (Laine 2015.)

Hoitolinjauksia tehdessä on myös huomioitava potilaan hoitotahto, jos hän on sellaisen laatinut ja näin ilmaissut omaa hoitoa koskevan tahtonsa.

Potilaan hoitotahto helpottaa hoitohenkilökunnan lisäksi myös omaisten ja muiden läheisten toimintaa sekä vähentää epätietoisuutta hoitoratkaisuja tehdessä. (Valvira 2008b.) Hoitotahto voi sisältää lääketieteelliseen hoitoon liittyvin ohjeiden lisäksi myös muita hoitoon liittyviä toiveita.

Hoitotahto parhaimmillaan kertoo hyvinkin yksityiskohtaisesti potilaan toiveet. (Halila & Mustajoki 2016.)

Hoitotahto on hyvä tehdä kirjallisesti varustettuna tekijän allekirjoituksella sekä päiväyksellä. On myös suositeltavaa, että hoitotahdon sisältö päivitetään sen laatijan toimesta aika ajoin ja tarkistuspäivämäärä merkitään huolellisesti. Hoitotahdon olemassaolosta on myös syytä kertoa, jotta se voidaan tallentaa tiedoksi potilaskertomukseen ja olisi tarvittaessa käytettävissä hoitoon osallistuvien keskuudessa. Potilaan laatima hoitotahto on voimassa ainoastaan silloin, kun potilas ei ole itse kykeneväinen tekemään päätöksiä. Hoitotahto on myös ensisijaisesti tarkoitettu ohjeeksi, silloin kun toiveita paranemisesta ei enää ole ja toimenpiteillä vain pidennettäisiin kärsivän potilaan elämää. Hoitotahto ei suinkaan ole peruuttamaton asia, vaan hoitotahdon laatija voi milloin tahansa peruuttaa sen. Hoitotahdon peruuttaminen on kirjattava huolella myös potilaskertomukseen. (Halila & Mustajoki 2016.)

## 5 HYVÄ PERUSHOITO OSANA PALLIATIIVISTA HOITOA

Hyvään perushoitoon sisältyy potilaan kokonaisvaltainen hoito sekä yksilöllisyyden huomiointi. Fyysinen huolenpito sekä henkinen huolenpito kulkevat käsi kädessä, sillä henkinen oireilu voi aiheuttaa fyysisiä oireita ja toisinpäin. (Ridanpää 2006, 46, 48.)

### 5.1 Ihon hoito

Tyypillisimpiä haavatyyppejä palliatiivisessa hoidossa olevalla henkilöllä ovat etäpesäkkeen seurauksena aiheutuneet haavaumat, valtimoperäiset haavat, jonkin trauman aiheuttamat haavat ja painehaavaumat.

Syöpätauteihin liittyvät haavaumat paranevat huonosti tai eivät ollenkaan, ja ne aiheuttavat osalle ikäviä oireita, kuten kipua, esteettisiä haittoja, haavaeritystä, pahaa hajua, kutinaa ja verenvuotoa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Heikentynyttä verenkiertoa voidaan voimistaa kevyellä hieronnalla, ja kuiva iho tulee hoitaa perusvoiteella. Kroonisten haavojen hoidossa tulee muistaa ja huolehtia hyvästä ravitsemustilasta, jotta elimistöllä olisi haavojen parantumisen kannalta tarvittavat rakennusaineet.

Täydennysravintovalmisteet kannattaa ottaa monipuolisen ruokavalion tueksi, ei korvaamaan sitä. (Friman 2015.) Monipuolisessa ruokavaliossa tärkeitä ravintoaineita ovat proteiini ja vitamiinit. Painehaavojen syntymistä ehkäistään tekemällä riskiarvio sekä kliininen ihon kunnon tutkiminen.

Tarvittaessa aloitetaan hoidot. Asentohoitoa toteutetaan säännöllisesti ja muistetaan varoa ihon venyttämistä, hankautumista ja kiristymistä käännettäessä potilasta tai muita hoitotoimenpiteitä tehtäessä. Iho pidetään ehjänä ja kuivana. Luu-ulokekohdista poistetaan kuormitus apuvälineiden avulla sekä aktivoidaan potilasta liikkumaan mahdollisuuksien mukaan. (Hietanen 2016.)

## 5.2 Vatsantoiminnan tukeminen

Ummetus on yleinen opioidien aiheuttama haittavaikutus. Vahvoja kipulääkkeitä aloitettaessa niiden rinnalla tulisi antaa säännöllisesti laksatiiveja. Tehokkainta on käyttää ulostetta pehmittävien ja suolta stimuloivien laksatiivien yhdistelmää, ja annosta säädellään ja nostetaan tarpeen vaatiessa. Potilas voi itse vaikuttaa sopivan lääkkeen valintaan ja annostukseen oman kokemuksensa pohjalta. (Friman 2015; Hänninen & Rahko 2013.) Suolen sisältöä lisäävää lääkitystä ei kuitenkaan suositella, sillä yleensä palliativisen hoidon potilailla on rajoittunut liikuntakyky ja niukka nesteiden saanti (Hänninen & Rahko 2013). Opioideista johtuva ummetus voidaan tilapäisesti laukaista Relistor-injektiolla. Injektio kumoo opioidien vaikutuksen suolistosta vaikuttamatta muuhun kivunlievitykseen. Valitsemalla peruskipulääkkeeksi naloksinia sisältävän oksikodoni valmisteiden ehkäistään opioidien aiheuttamaa ummetusta. (Friman 2015.) Naloksini lääkitys ei kuitenkaan sovellu, mikäli potilas sairastaa maksan kohtalaista –tai vaikeaa vajaatoimintaa. Näin ollen lääke ei pääse metaboloitumaan, vaan se pääsee keskushermostoon heikentämään opioidien vaikutusta. (Hänninen & Rahko 2013.) Ruokavalio tulisi pitää ummetusta ehkäisevänä, ja nesteen saannin tulisi olla 1500-2000 ml/ vrk. WC:ssä asioimisrauhan antaminen sekä intymiteettisuojusta huolehtiminen on tärkeää. Lisäksi ulostamiseen liittyvät kiputilat, esim. ärtyneet peräpukamat, tulisi lääkittää. Liikkuminen potilaan voimien mukaan yksin tai tuettuna edistää vatsan toimintaa. (Friman 2015.)

Ripulioireita hoidetaan aiheuttajan mukaisesti. Palliativisessa hoidossa olevalla henkilöllä ripulin aiheuttajia voivat olla solusalpaajahoito, ummetuksesta aiheutuva ohivuotoripuli, mikrobilääkkeet, liiallinen laksatiivien käyttö tai sopimaton ruoka. Erotusdiagnostiikassa voidaan käyttää vatsan radiologista tutkimusta. (Friman 2015; Hänninen & Rahko 2013.) Hoitona käytetään paastoa ja hyvää nestetasapainoa suolen rauhoittamiseksi. Nesteiden saannista tulee huolehtia, sillä ripuli kuivattaa elimistön jatkuessaan pitkään. Kuituvalmisteet aloitetaan varovasti ja lisäksi voidaan käyttää ripulijuomavalmisteita sekä urheilujuomia. Tarvittaessa voidaan käyttää suolen sisäistä nesteytystä, mikäli se on

hyödyllistä kokonaistilanteen huomioiden. Hygienian hoitoa tehostetaan ripulin ajan, lisäksi huomioidaan ihon hoito ja ennaltaehkäisy, esim. rasvaus mahdollisten ihovaurioiden ehkäisemiseksi. Lääkäri arvioi mahdollisen lääkityksen ripulin lopettamiseksi tai ennaltaehkäisevästi oletetun aiheuttajan mukaisesti. Ripulin pitkittyessä otetaan ulosteviljely syyn selvittämiseksi. (Friman 2015.)

Suolitukoksen syynä saattaa olla suolen seinämän pareesista johtuva tyhjennysliikkeen puuttuminen tai kasvaimen aiheuttava mekaaninen este. Oireina ovat vatsakivut, runsas oksentelu ja koliikkimaiset vatsakivut. (Friman 2015; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Suolitukokset pyritään leikkaamaan kirurgisesti, mikäli potilaan vointi sen sallii. Paastoa, nenä-mahaimua sekä infuusioita käytetään vain leikkaukseen valmistauduttaessa. (Friman 2015.) Jos kirurginen toimenpide ei ole mahdollista potilaan voinnista riippuen, käytetään lääkärin määräämää lääkitystä sekä mietitään PEG-letkun tai nenämahaletkun mahdollisuutta. (Friman 2015; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Kylkiasento on anatomisesti helpoin ja mukavin suolisto-ongelmista kärsivälle. (Friman 2015.)

### 5.3 Pahoinvoinnin ehkäiseminen

Pahoinvointi, oksentelu ja ruokahaluttomuus ovat tyypillisiä oireita palliatiivisessa hoidossa olevalla henkilöllä. Näitä voidaan kuitenkin lievittää. Mikäli pahoinvoinnin epäillään aiheutuvan kipulääkityksestä, sitä voidaan vaihtaa. (Friman 2015.) Pahoinvointi voi myös olla maha-suolikanavaa ahtauttavan tai tukkivan kasvaimen sivuoire, johon voi kokeilla lääkitystä. Pahoinvointilääkkeitä voidaan käyttää oireiden lievittämiseksi ja tarvittaessa yhdistellen eri valmisteita aiheuttajan mukaisesti. (Friman 2015; Hänninen & Rahko 2013.)

Hyvästä elektrolyyttitasapainosta tulee huolehtia. Ruokailuhetket kannattaa rauhoittaa mieluisiksi, raitis ilma tai kävely ennen ruokailua rauhoittavat. Huonetta voi tuulettaa ennen ruokailua, jotta saadaan raikas ja hajuton ruokailutila. Ruokailun ohella voi keskittyä johonkin muuhun



asiaan samalla esim. keskusteluun omaisten kanssa, musiikin kuunteluun tai lehden lukemiseen. Ateria katetaan kauniisti ja tarjoillaan pieniä annoksia useasti. Juomana juodaan mielellään kylmiä ja kirkkaita juomia esim. sokeroitua jääteetä, laimennettua sitruunamehua, mineraalivettä tai virvoitusjuomaa. Ruoalla juodaan vain vähän ja pyritään juomaan enemmän ruoka-aikojen välillä. Ruokahalua voidaan lisätä oikealla lääkityksellä tai käyttämällä alkoholia ruokajuomana. Mieliruokiin kannattaa panostaa, ja pientä suolaista naposteltavaa kannattaa olla saatavilla. (Friman 2015.)

Ruokailujen jälkeen tulisi olla mielellään puoli istuvassa asennossa, jotta ehkäistään närästystä ja ruoan valumista ruokatorveen. Pahoinvoinnin hillitsemiseksi kaikki turha lääkitys lopetetaan ja annostuksen tarkistetaan sopiviksi. Ennen vuoteesta nousemista voidaan ottaa säännöllisesti oksennuskeskusta hillitsevää lääkettä. Ruoansulatuskanavan toimintaa tehostetaan riittäväksi. (Friman 2015.)

#### 5.4 Hengityksen tukeminen

Hengenahdistus on hengitykseen liittyvistä oireista yleisin, ja huomattavasti heikentää potilaan toimintakykyä ja unta sekä koko elämänlaatua. Hengenahdistusta potilaat kuvaavat epämiellyttäväksi tunteeksi, joka tuntuu lisääntyneenä hengitystyönä, puristavana tunteena rintakehällä, ilman loppumiselta ja tukehtumisen tunteena. (Lehto & Pöyhiä 2015.) Hengenahdistuksen taustalla voi olla useita syitä, esimerkiksi hengitystieobstruktio, hengitystilavuuden pieneneminen, keuhkokudoksen ongelma, verenkierron ongelma, hengityslihassheikkous tai myös potilaan kipu sekä pelko ja ahdistuneisuus (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Hengenahdistuksen tunnistaminen ja hoitaminen kuuluvat olennaisena osana oireita helpottavaan hoitotyöhön sekä hyvään perushoittoon. Potilaan kokonaistilanne on syytä arvioida tarkasti, jonka pohjalta valita tehokkain ja sopivin hoitomuoto. (Ridanpää 2006, 49-50.) Syitä

hengenahdistukseen voi selvittää esimerkiksi radiologisilla tutkimuksilla. Hengitysfunktio-testit ja verikaasu-analyysi eivät usein sovellu palliatiivisen potilaan hengityksen arviointiin. Vaikka hapettuminen ei ole hengenahdistuksen mittari, niin potilaan hapettumista voidaan arvioida mittaamalla ääreisveren happisaturaatio pulssioksimetrilla. Kuitenkin ennen kaikkea palliatiivisessa hoidossa tulee arvioida hengenahdistuksen tyyppiä ja voimakkuutta. Apuvälineeksi hengenahdistuksen arviointiin on kehitetty useita kymmeniä erilaisia kyselylomakkeita, joita potilaat voivat täyttää itse ja myös yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. (Lehto & Pöyhiä 2015.)

Hengenahdistusta helpottavia asioita ovat esimerkiksi riittävän kostea ja raikas huoneilma, lääkehoito, potilaan hyvä asento ja rentoutuminen (Ridanpää 2006, 49-50). Tarvittaessa voidaan antaa myös lisähappea. Happiviiksillä annettu happi tai ilmavirta voivat tuoda potilaalle helpotusta hengenahdistukseen. On myös havaittu, että käyttämällä kasvoin suunatulla tuulettimen ilmavirtauksella ja ikkunan avauksella on samankaltainen vaikutus. Lisähapen käyttöä hengenahdistuksessa tulee harkita tarkoin ja yksilöllisesti potilaiden kohdalla. Perusohjeena suositellaan, että ei happivajauksesta kärsivälle käytetä ensisijaisesti ilmavirtaa ja selkeästi happivajauksesta kärsiville voidaan kokeilla happihoitoa. Hoidon vastetta tulee arvioida ja hoitoa jatkaa vain, jos potilas saa sillä helpotusta oireisiin. Happihoidosta on harvoin mitään haittaa, mutta on syytä muistaa, että silläkin on omat haittavaikutuksensa. Hoito kuivattaa ylähengitysteitä ja pahentaa hyperkapnia eli veren hiilidioksiditason suurentumista. Hoito voi myös aiheuttaa potilaalle psyykkistä riippuvuutta sekä rajoittaa liikkumista. Kaikki nämä asiat voivat heikentää potilaan toimintakykyä sekä elämänlaatua. Happihoitoa ei ole syytä aloittaa kuolemaa lähestyvälle potilaalle, ellei hän ole itse sitä toivonut tai jos potilas ei ole ollut happihoidossa aiemmin. (Lehto & Pöyhiä 2015.) Askitespunktio sekä pleurapunktio toimenpiteinä helpottavat myös potilaan hengenahdistusta, silloin kun vatsaonteloon tai keuhkopussiin kerääntynyt neste vaikeuttaa keuhkojen toimintaa ja hengitystilavuus on pienentynyt (Laakso 2013, 145; Tiusanen 2013, 224).

## 5.5 Nesteen kertyminen ja sen hoito

Nesteenkertyminen elimistöön voi aiheuttaa runsaasti erilaisia oireita. Elintoimintojen häiriintyessä, hidastuessa sekä sairauksista että toimenpiteistä johtuen voi nestettä kerääntyä mm. vatsaonteloon, keuhkopussiin ja raajoihin. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Askiteksen eli vatsaonteloon kertyvän nesteen yleisin aiheuttaja on maksakirroosi, joka on monien maksatautien loppuvaihe. Askiteksen aiheuttamia oireita ovat närästys, pahoinvointi, oksentelu, täyttymisen tunne, ummetus, hengenahdistus sekä vatsan ympäröimän kasvu ja kipu. Vatsaonteloon kertyvää nestettä voidaan koittaa vähentää diureeteilla eli nesteenpoistolääkkeillä, jos askites johtuu maksakirroosista tai metastaasien aiheuttamasta maksan porttilaskimon paineen kohoamisesta. Pahanlaatuiseen askiteksen kertymiseen nesteenpoistolääkkeistä on harvemmin hyötyä, koska nesteenkertyminen johtuu usein seerumin pienestä albumiinipitoisuudesta. Nopein ja tehokkain apu askiteksen aiheuttamiin oireisiin saadaan askitespunktiolla, silloin kun nesteen määrä on suuri. (Hänninen & Rahko 2013; Mustajoki 2016.)

Pleuraneste eli keuhkopussiin kertyvä neste on yleistä monissa pitkälle edenneissä sairauksissa. Yleisin oireista on hengenahdistus, mutta oireina voivat olla myös yskä, painon tunne rinnalla sekä rintakipu. Potilaan oireet ja toiveet sekä parhaan oireenlievityksen tuova keino määrittelevät hoidon pleuranesteen hoitoon. Pleurapunktio eli nesteen poistaminen tyhjennysneulalla on yleisin hoitokeino. Punktion jälkeen on tarkoin arvioitava punktiosta saatava hyöty, sillä palliatiivisena toimenpiteenä punktio ei ole mielekäs, jos keuhkopussin nesteen tyhjentäminen ei lievitä oireita. Jos punktoimalla kuitenkin saavutetaan hyvä oirevaste, on syytä harkita pleuradreenin asentamista, jolloin vältetään toistuvilta punktioilta, sillä oireita aiheuttavaa nestettä kertyy yleensä keuhkoihin kuukauden kuluttua punktiosta. (Lehto & Sioris 2015.)

Lymfödeema eli raajaturvotus johtuu useimmiten lymfavirtauksen eli imunesteenkierto häiriöstä, laskimoiden vajaatoiminnasta sekä pienestä seerumin albumiinipitoisuudesta (Hänninen & Rahko 2013). Imunesteen kierto voi häiriintyä pehmytkudosinfektion seurauksena, imusolmukkeiden poiston jälkeen sekä ylipainon vuoksi. Tyypillisimmät oireet turvotuksessa ovat ne, että alkuvaiheessa ihoon jää kuoppa painettaessa turvotusalueella sormella ja levossa ollessa turvotus laskee. Turvotus muuttuu kuitenkin vähitellen pysyväksi, iho paksuuntuu sekä jäykistyy sidekudoksen ja rasvan määrän lisääntyessä. (Hannuksela-Svahn 2014.) Raajaturvotuksen hoidossa kivun hoito sekä ihon huolellinen rasvaus infektioiden välttämiseksi ovat keskeisessä osassa. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Nesteenpoistolääkityksellä voidaan saada turvotusta hieman vähenemään, mutta sen teho on usein vähäinen lymfaperäiseen turvotukseen ja nesteenpoistolääkitys lopetetaan, jos oireet eivät lieydy 3-4 vuorokaudessa. Laskimoperäiseen turvotukseen nesteenpoistolääkitys tehoaa paremmin. Parhaimmat tulokset raajaturvotuksen hoidossa on saatu fysioterapeuttisilla keinoilla, joita ovat lymfahieronta ja erilaiset kompressiosidoshoidot. (Hänninen & Rahko 2013).

## 5.6 Elimistön ja suun kuivumisen hoito

Kuolevan potilaan dehydraation eli kuivumisen tavallisimmat syyt ovat nesteiden menetys (esim. ripuli, kuume, oksentelu) tai niiden riittämätön saanti, jolloin saattaa nesteytys olla tarpeellista potilaan oireiden lievittämiseksi. Kuivuminen saattaa myös johtua kiertävän nestetilavuuden siirtymisestä interstitiaalitilaan eli solujen väliseen tilaan. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Palliatiivinen potilas ei välttämättä muista huolehtia riittävästä nesteen saannista ja aiheuttaa nestehukan tahattomasti tai hän ei enää jaksaa yksinkertaisesti juoda. Nestehukan ensioireena useimmiten on päänsärky, jonka pahentuessa esiintyy väsymystä ja pelkkä liikkuminen saattaa tuntua ylivoimaiselta. Potilaalla saattaa myös ilmaantua sormien ja jalkojen turvotusta, lihaskramppeja sekä pahimmassa tapauksessa pahoinvointia,

huimausta ja sekavuutta. (Surakka, Mattila, Åstedt-Kurki, Kylmä & Kaunonen 2015, 51.)

Saattohoitopotilaista 25-64% kärsii oirekartoitusten perusteella janosta. Janon tunne kuitenkin ei saattohoidossa korreloi kuivumista kuvaavien verikokeiden tai edes nesteen tarpeen kanssa. Sitä ei myöskään voi verrata muiden potilaiden kuivumiseen liittyvään janoon. (Pöyhiä 2012, 1.) Potilaan janontunne saattaa myös johtua verenvuodosta, pitkäaikaisesta kortisonin käytöstä tai runsassuolaisesta ravinnosta (Surakka ym. 2015, 52).

Kserostomia eli kuivan suun tunne usein kuuluu syljen tuotannon vähenemiseen. Sen yleisimpiä syitä ovat tietyt lääkkeet kuten esimerkiksi diureetit, opioidit, antikolinergit tai antikolinergisesti vaikuttavat lääkkeet. Potilaan suun hygieniasta sekä kostutuksesta pitää huolehtia. Suun kostuttamisella voidaan myös lievittää potilaan janontunnetta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Suuta voidaan kostuttaa keinosylkivalmisteilla, sitruunapuikoilla tai ruokaöljyllä. Jääpalojen imeskely ja kylmien juomien nauttiminen saattavat helpottaa suun kipua ja kuivumisoiretta. Aftojen paikallispuudutuksessa voidaan käyttää kaksiprosenttista lidokainigeeliä ja limakalvojen rikkoumiin kortikosteroidisuspensiota tai paikallisantisepteja. Suusuihke joka sisältää propyleeniglykolia muodostaa limakalvorikkoihin geelimäisen kalvon, mikä voi lievittää kipuoiretta useaksikin tunniksi. (Hänninen & Rahko 2013.)

Suun alueen haavaumiin saattaa joillekin potilaille kehittyä bakteeri-infektio. Heikkokuntoisella potilaalla, jolle on myös ehkä annettu immuniteettia heikentäviä hoitoja, on myös lisääntynyt limakalvojen virusinfektion riski. Herpesinfektiot voivat aiheuttaa voimakkaita kipuja potilaalle, ja infektiot tuleekin hoitaa aktiivisesti. Suun haavojen hoitoon voi kokeilla reseptillä määrättävää "kolmoisgeeliä" tai "neloisgeeliä", mitkä ovat puudutteen, kortikosteroidin, antimykootin ja antiseptin yhdistelmiä. (Hänninen & Rahko 2013.) Käytettävät lääkkeet suun virus-, bakteeri- tai sieni-infektion hoitoon määritetään niiden aiheuttajan mukaan. Sienilääkkeillä on runsaasti yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa,

joka tulee potilaan hoidossa huomioida. Varfariini on erityisesti yksi näistä kyseisistä lääkkeistä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

### 5.7 Mielialan muutokset ja niiden hoitaminen

Palliatiivisen potilaan elämään kuuluvat erilaiset mielialan ongelmat.

Sairaus etenee, oireet monipuolistuvat ja lisääntyvät. Potilaalla on oikeus olla voipunut ja väsynyt sekä mielialtaan toisinaan jopa synkkä. Tunteet vaihtelevat hämmennyksen, epätoivon, surun, kiukun ja vihan välillä, mutta myös toivon, ilon ja rauhan välillä. Kun ihminen tajuaa elinaikansa rajallisuuden, niin saattavat mielialan muutokset johtaa masennukseen, ahdistukseen, unettomuuteen sekä jopa sekavuuteen. (Surakka ym. 2015, 58-59.)

Masentuneisuus tulee ottaa aina huomioon palliatiivisen potilaan oireena ja sitä esiintyykin noin neljänneksellä. Esimerkiksi Parkinsonissa taudin etenemisnopeus altistaa masennukselle enemmän kuin taudin vaikeus. Masennuksen diagnosointi ei kuitenkaan ole helppoa palliatiivisella potilaalla somaattisten oireiden perusteella. (Surakka ym. 2015, 58.) Surua ja masennusta voi olla joskus vaikeaa erottaa toisistaan (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Ahdistusta esiintyy palliatiivisilla potilailla. Ahdistuneisuushäiriön merkkejä on havaittu palliatiivisilla syöpäpotilailla noin 10 ja 30 % välillä ja 75 % näistä potilaista kärsii ei-patologisesta ahdistuneisuudesta. (Kraft 2012, 272.) Potilaan ahdistuneisuus on luonnollinen reaktio lähestyvään kuolemaan, mutta se saattaa myös olla merkki jostakin alihoitetusta oireesta kuten hengenahdistuksesta tai kivusta. Steroidi- tai neuroleptien lääkitys saattaa myös olla oireen taustalla, kuten piilevä tai aikaisempi häiriö, kuten alkoholi, alkava delirium tai joidenkin lääkkeiden käytön lopettamisesta aiheutuvat vieroitusoireet. Ahdistukseen tulee suhtautua aina vakavasti, sillä se saattaa johtaa hoitamattomana sekavuuteen. Syy tulee aina selvittää ja hoito suunnitellaan sen pohjalta. (Surakka ym. 2015, 58-60.)

Lähtökohtana potilaan psyykkisen tilan arvioimisessa on potilaan, omaisten sekä hoitoryhmän jäsenten yhteinen tietoisuus lähestyvistä kuolemasta (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Masennuksen ja alakuloisuuden arviointiin on saatavilla erilaisia menetelmiä, mutta niitä tulee käyttää yhteisymmärryksessä potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa (Surakka ym. 2015, 60).

Kun palliatiivinen potilas on masentunut tai ahdistunut, tulee häntä hoitaa asianmukaisesti (Surakka ym. 2015, 60). Surutyö ja elettyä elämää arvostava muistelu suojaavat potilasta hankalammilta psyykkisiltä häiriöiltä ja auttavat potilasta asennoitumaan hyväksyvämmiin ja rauhallisempiin elettyyn elämään sekä lähestyvään kuolemaan. Jos potilas ei kykene psyykkisesti sisäistämään kuolemaan liittyviä uhkakuvia ja luopumista, voi hän ajautua paniikkiin tai vaipua masennukseen. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Mielialan hoitoon sopivaa lääkitystä voidaan harkita, jos se auttaa potilasta sekä antaa parempia mahdollisuuksia mielekkääseen yhdessäoloon perheen kanssa. Lääkitystä harkittaessa tulee tarkoin pohtia, mikä lääkitys vaikuttaa tässä elämäntilanteessa. Jos kuolevan ihmisen masennus tai alakulo johtuu läheisen mielialan ongelmista, tulee hänet ohjata oman hoitonsa piiriin. (Surakka ym. 2015, 60.)

Oleellinen osa hoitoa on hoitosuhteen turvallisuus sekä katkeamattomuus. Keskustelujen ei tulisi keskittyä yksinomaan lähenevään kuolemaan. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Potilaalle olisi hyvä luoda turvallinen ja salliva hoitoilmapiiri, jossa hän saa uskaltaa kaikki tunteensa ja hyväksyy ottamaan apua vastaan ja sallimaan avunannon. Hoitajan tulisi näyttää omalla toiminnallaan ymmärtävänsä, kuinka jokainen käsittelee kuolemaa omassa tahdissaan ja omalla tavallaan. Potilasta helpottaa tieto siitä, ettei hänen tarvitse pelätä läheistensä puolesta. Kuolevan ihmisen kuuluisi saada rauhassa keskittyä itseensä, vointiinsa ja omiin tunteisiinsa. Läheisten suru, ahdistus ja kielteiset tunteet ovat potilaalle liikaa. Läheisten tukeminen sisältyy aina hyvään kuolevan ihmisen hoitoon ja hoitajan tehtävä onkin huolehtia potilaalle tärkeiden ihmisten, läheisten

tukemisesta. Kun läheisille annetaan tukea omien tunteidensa käsittelyyn, he jaksavat taas olla kuolevan läheisensä vierellä. (Surakka ym. 2015, 59.)

Potilaalle tulisi tarjota terveydenhuollon ammattihenkilön antamaa psykososiaalista tukea, henkistä sekä hengellistä tukea. Tukihenkilöistä ja vertaistuesta saattaa olla myös apua. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

## 5.8 Sekavuuden hoitaminen

Delirium eli sekavuus on äkillisesti alkanut akuutti tila ja sen taustalla on orgaaninen aivo- tai keskushermoston toiminnan häiriö. Sen laukaisevia tekijöitä voivat olla kipu, stressi, univaje, liian runsaat tai vähäiset ulkoiset ärsykkeet sekä vieras ympäristö. Altistavia tekijöitä deliriumille ovat aikaisemmat aivovauriot, korkea ikä, yleiskunnon heikkous, päihteiden ja lääkkeiden käyttö sekä kuulon ja näön aleneminen. Deliriumissa tietoisuus heikkenee samanaikaisesti ajattelu-, tarkkaavaisuus-, muisti- ja ajatteluhäiriöiden kanssa. Hoitamattomana tila on hengenvaarallinen. Tilasta kärsivän potilaan oireiden voimakkuus saattaa vaihdella aina oireettomuuteen. (Surakka ym. 2015, 61.)

Deliriumin esiintyvyys edennyttä syöpää sairastavilla on 26-44% ja jopa 88% viimeisinä elinpäivinä. Deliriumiin sisältyy kaksi muotoa, hypo- ja hyperaktiivinen. Hypoaktiivisessa deliriumissa potilaan sisäinen hajaannus on yhtä laaja kuin hyperaktiivisessa muodossa, mutta siinä puuttuvat deliriumin ulkoiset merkit. Yleisimpiä deliriumin aiheuttajia saattavat olla infektiot, hypoksia eli hapen niukkuus, hyperkalsemia eli veren kalsiumrunsas, lääkehoito, elektrolyyttihäiriöt, uremia eli virtsamyrkytys ja aivoetäpesäkkeet. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Parantumattomasti sairas saattaa muuttua sekavaksi hyvästä hoidosta huolimatta. Riittävä nesteytys, oikea lääkehoito sekä kivun- ja ahdistuksen hoito tulisi aina varmistaa ensin. Tuttu ja turvallinen ympäristö sekä tutut ihmiset vähentävät potilaan sekavuutta. Auttavia keinoja ovat kunnioittava



kohtelu, hänen kohtaamisensa senhetkisessä omassa maailmassaan. (Surakka ym. 2015, 61.)

Lääkityksellä voidaan lievittää oireita, jos ne aiheuttavat potilaalle kärsimystä (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Deliriumin hoidossa on myös olemassa kaksi äärimmäistä hoitomuotoa, jotka tulee perustella tarkoin dokumentoiden potilasasiakirjoihin sekä potilaan omaisille. Näissä molemmissa hoitokeinoissa päätös kuuluu potilasta hoitavalle lääkärille. Toisessa äärimuodossa potilaan oikeutta liikkumiseen rajoitetaan mekaanisesti ja toisessa kemiallisesti. Kun sekava potilas on vaaraksi itselleen ja ympäristölleen, voidaan käyttää mekaanista sitomista esimerkiksi magneettivyön avulla. Tällainen päätös tulee olla lyhytaikainen ja vaatii pikaista muiden ratkaisujen löytämistä. Kemiallinen eli lääkkeiden avulla rauhoittaminen eli sedaatio on myös radikaali hoitotoimenpide. Sitä käytetään myös potilaan sekä omaisen omasta pyynnöstä. (Surakka ym. 2015, 62.)

## 5.9 Väsymysoireyhtymä ja sen hoito

Fatigue eli väsymysoireyhtymä on tila, johon liittyy heikkous, väsyneisyys, suorituskyvyn heikkeneminen, uneliaisuus, apatia, kyllästyneisyys, energian vähyys ja motivaation puute (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Sitä esiintyy palliatiivisen hoidon potilailla ja varsinkin syöpään liittyvä väsymysoireyhtymä on hyvin yleinen syöpäpotilaiden joukossa, monissa tutkimuksissa sen esiintyvyyden on raportoitu olevan yli 60 prosenttia. Väsymysoireyhtymää, jota esiintyy palliatiivisilla potilailla, ei patofysiologisesti täysin ymmärretä. Se on nähtävästi yhteydessä korkeaan sytokiinin kuormitukseen. (Mücke, Mochamat, Cuhls, Peuckmann-Post, Minton, Stone & Radbruch 2015. 3.) Potilaasta tulee aina ensin erottaa hoidettavat syyt kuten anemia, infektio, kilpirauhasen vajaatoiminta ja metaboliset häiriöt varsinaisesta väsymysoireyhtymästä (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Väsymysoireyhtymä sairaalla on eri asia kuin terveen ihmisen tunteet väsymyksestä ja uupumuksesta. Terveet ihmiset tulevat yleensä

väsyneeksi rasituksen jälkeen, joka voi olla psyykkistä tai henkistä ja erityisesti silloin, jos siihen liittyy unen puutetta. Se kuitenkin laantuu helposti, kun henkilö vähentää tai supistaa aktiivisuutta ja lisää lepoa tai unta. Kroonisessa sairaudessa väsymys voi paikallistua tiettyihin lihasryhmiin tai kaikkiin kattavasti, mutta se ei yleensä helpotu levolla ja potilaalle on vaikeaa saada sitä hallintaan. Se on määritelty epämiellyttäväksi oireeksi, joka sisältää koko kehon tunteen vaihdellen väsymyksestä uupumukseen ja se häiritsee henkilön kykyä työskennellä heidän normaalilla kapasiteetillaan. (Ream 2007, 50.)

Väsymys onkin yksi yleisimmistä oireista, jota esiintyy palliatiivista hoitoa saavilla potilailla ja sen on usein mainittu olevan yksi ahdistavin oireista. Monet tekijät saattavat edesauttaa väsymystä ja se voi myös olla seuraus jostakin taustalla olevasta sairaudesta kuin myös potilaan saamista syöpähoidoista. Psykososiaaliset tekijät voivat myös edesauttaa väsymystä kuten esimerkiksi uniongelmat tai mielialahäiriöt kuten ahdistuneisuus tai masennus. (Poort, Goedendorp, Peters, Bleijenbergh, Gielissen, Jacobsen, Verhagen & Knoop 2016. 2.)

Väsymys saattaa vaikuttaa henkilöihin psyykkisesti, emotionaalisesti sekä kognitiivisesti. Väsymyksen aiheuttamien jokapäiväisen elämän rajoitusten vuoksi, ei ole epätavallista, että potilaat kokevat olevansa kykenemättömiä elämään heidän toivomaansa elämää. Tämä lannistaa monia ihmisiä, sillä se surevat menettämäänsä entistä toimintakykyä ja kykyä sitoutua tavallisiin rooleihin ja vastuisiin. Tähän saattaa liittyä syyllisyyden tunnetta tullessaan riippuvaisiksi toisista tai taakaksi toisille ihmisille. (Ream 2007, 50.) Väsymyksen ja masennuksen välillä tuntuu olevan huomattava päällekkäisyys. Kuitenkin on joitakin oireita, jotka liittyvät erityisesti masennukseen kuten jatkuva arvottomuuden tunne sekä jatkuvat kuolemanajatukset kuin myös tietyt oireet jotka liittyvät erityisesti väsymykseen kuten rasituksen jälkeinen huonovointisuus. (Mücke ym. 2015, 3.)

Väsymys saattaa myös olla eristävä oire; joillakin potilaille ei ole välttämättä voimia olla toisten ihmisten kanssa. Sosiaaliset keskustelut

saattavat tulla hankaliksi, sillä se voi vaatia valtavia ponnisteluja niin luoda keskustelua kuin myös pysyä keskittyneenä ja olla huomaavainen muita ihmisiä kohtaan. Tämän vuoksi potilaat luokittelevat väsymyksen yhtenä hankalimpana oireena, joskus jopa kipuakin pahempana. (Ream 2007, 50.)

Pyrittäessä hallitsemaan väsymystä palliatiivisilla potilailla, tulisi ensin keskittyä tunnistamaan ja hoitamaan mahdolliset somaattiset aiheuttajat. Useimmiten ei kuitenkaan pystytä tunnistamaan mitään tiettyä somaattista syytä väsymykseen muuta kuin taustalla oleva tauti itsessään tai potilaan saamat syöpähoidot. (Poort ym. 2016, 2.) Kliinisen kokemuksen mukaan steroideilla on tehoa osalle potilaista, joten deksametasoniannoksella voidaan tehdä potilaalle hoitokokeilu. Loppuvaiheen syöpää sairastavilla hoidossa on vaikutusta nähtävästi psykosimulantti modafiniililla. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

## 6 PALLIATIIVISET HOITOMENETELMÄT

Hyvällä diagnostiikalla ja hoidon tuntemuksella ennaltaehkäistään potilaan vaivojen alihoitoa tai liian voimaperäisiä ja väärin ajoitettujen hoitojen käyttöä. Tutkimukset ja hoidot suunnitellaan potilas- ja oirelähtöisesti. Riittävä tiedonsaanti ja luottamuksellinen hoitosuhde edistävät sekä potilaan, että omaisten hyvinvointia. (Hänninen & Rahko 2013.)

### 6.1 Toimenpiteet

Potilaan lähestyessä kuolemaa hoitoa aletaan toteuttaa pääsääntöisesti kliinisten arvioiden perusteella oireista, ei enää niinkään laboratorio- ja kuvantamistutkimuksilla. Hoidossa pyritään keskittymään potilaaseen ja turhista rutiinimittauksista voidaan luopua, kuten nestelista, verenpaine seuranta, happikylläisyys ja lämmön mittaaminen. Hoitotilanteet pyritään rauhoittamaan ja kaikkea ylimääräistä pyritään välttämään. Mikäli potilaalla on tahdistin, se kytketään pois päältä iskuhoitojen välttämiseksi. Hoito muuttuu ennen kaikkea läsnäoloksi, keskusteluksi ja kuunteluksi. (Korhonen & Poukka 2013, 440-441.)

Vaikka erilaisista mittausarvoista luovutaankin, potilaan vointia tarkkaillaan säännöllisesti. Voinnin seurantaan kuuluu kipujen, levottomuuden, hengitysteiden eritteiden, hengenahdistuksen, oksentelun ja pahoinvoinnin arvioiminen. Näitä seurataan vähintään neljän tunnin välein. Samalla tulisi muistaa kartoittaa myös omaisten jaksamista ja tuen tarvetta. (Korhonen & Poukka 2013, 441.)

### 6.2 Sädehoito

Palliativista sädehoitoa käytetään palliativiseen kivunlievitykseen. Tavoitteena on helpottaa lepo- ja rasituskipua sekä muita oireita mahdollisimman lievin sivuoirein. Sädehoitoa voidaan antaa luustometastaaseista, pehmytkudosten syöpäkasvaimista tai niiden etäpesäkkeistä aiheutuvaan kipuun, tukosoireisiin ja hengenahdistukseen. Sitä käytetään myös aivokasvainten, aivoetäpesäkkeiden ja

hermopinteiden aiheuttamiin paineoireisiin, jotka aiheuttavat kipua. (Heiskanen, Hamunen & Hirvonen 2013, 390; Mokka 2007.)

Jotta sädehoitoa annetaan potilaalle, hänen tulee pystyä toimimaan yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa ja hänen on kyettävä makaamaan paikallaan sädehoitopöydällä hoidon ajan. Potilaan yleistilan tulee olla siinä määrin tyydyttävä, etteivät matkat sädehoitoa antavaan yksikköön rasita potilasta liikaa. (Heiskanen ym. 2013, 390.) Ei ole väliä mistä potilas käy hoidoissa, se voi tapahtua kotoa, terveystieteiden- tai sairaaloiden vuodeosastoilta käsin. Elinajanodotteen tulee olla vähintään kolme kuukautta, jotta sädehoidon vasteesta ehtii olla apua potilaalle. Hoitovasteen saavuttaminen vaihtelee potilaskohtaisesti muutamasta päivästä keskimäärin neljään viikkoon. Hoidon pituus on tavallisimmin 1-10 vrk, joskus jopa 3-5 vk. Päivittäinen hoitoaika on muutamia minutteja, eikä aiheuta itsessään kipua potilaalle. (Mokka 2007.)

Akuutteja haittavaikutuksia sädehoidosta ovat väsymys, sytopeniat ja ihon- ja limakalvojen ärsytysoireet, kuten punoitus, ripuli ja pahoinvointi. Suuria kerta-annoksia käytettäessä neurologiset oireet ja luustoetäpesäkkeestä johtuvat kivut voivat tilapäisesti pahentua. Mahdollisiin haittavaikutuksiin pyritään varautumaan jo ennalta sopivalla lääkityksellä. Neurologiset pitkäaikaishaitat ovat myös mahdollisia keskushermoston sädehoidon jälkeen. Tutkimusten mukaan pitkäaikaishaittavaikutuksia on ollut vain vähän, mikä saattaa johtua hoitoa saaneiden potilaiden lyhyestä elinajasta tai sädehoidon pienennetyistä annoksista. (Mokka 2007.)

### 6.3 Verituotteet

Verensiirtojen tekeminen vähenee ja hoitoa harkitaan huomattavasti tarkemmin palliatiivisessa – ja saattohoidossa. Matalaan veren hemoglobiiniin liittyvät oireet, kuten väsymys ja hengenahdistus tasoittuvat muutaman viikon aikana. Hoitojen vastetta arvioidaan ensisijaisesti aina kliinisesti, ei verikokeilla. Matalaan hemoglobiiniin liittyvää verenvuotoriskiä pyritään hallitsemaan niin, että vältetään käyttämästä verenvuotoa aiheuttavia lääkkeitä, kuten tulehduskipulääkkeet, antikoagulantit ja

varfariini. Aktiivisen vuodon hoitoon voidaan antaa veritankkauksia, mikäli potilas on hyväkuntoinen. Kuolevalle potilaalle ei kuitenkaan suositella enää veritankkauksia. (Hänninen & Rahko 2013.)

#### 6.4 Lääkitys

Potilaan lääkitys uudelleen arvioidaan ja suurin osa perussairauksien lääkehoidosta karsitaan pois. Tällaisia lääkkeitä ovat esim. verenpaine-, rytmihäiriö- ja osteoporoosi-, kolesterolin-, diabetes- ja vatsansuoja-, masennuslääkkeet, vitamiinit ja hivenaineet sekä suurin osa mikrobilääkkeistä. Omaisille tulee käydä läpi lääkelistan muutokset, lähinnä miksi ja miten lääkitystä karsitaan, sillä monien palliatiivista hoitoa saavien potilaiden omaiset ovat huolehtineet lääkityksestä jo jonkin aikaa. (Korhonen & Poukka 2013, 441.)

Edellä mainituista lääkkeistä annetaan edelleen pahoinvointi- ja kipulääkkeet sekä anksiolyytit. Lääkitykseen lisätään tarvittavat lääkkeet kipuun, levottomuuteen, limaisuuteen, hengenahdistukseen, pahoinvointiin ja oksenteluun. Lisäksi potilaalle voidaan antaa tarvittaessa otettavat nopeat sedatoimislääkkeet, mikäli epäillään potilaan menehtymistä äkillisen tilanteen seurauksena, kuten suuri verenvuoto. (Korhonen & Poukka 2013, 441.)

Antibioottien käyttöä palliatiivisessa hoidossa käytetään harkiten. Erilaisten oireiden helpottamiseen voidaan lyhytaikaisesti kokeilla antibioottihoitoa, mutta hoidolle on syytä asettaa selkeät tavoitteet ja lopettaa jos hoidosta ei saada selkeää vastetta tai jos potilaan yleistila laskee merkittävästi. Antibiootteja käytetään lähinnä esimerkiksi hengitysteiden tulehduksessa, jotka voivat aiheuttaa limaisuutta, hengitysvaikeuksia ja yskää. Myös virtsateiden tulehduksen aiheuttamaan kipuun ja kirvelyyn on todettu antibioottilääkityksestä olevan hieman hyötyä. Antibioottilääkityksellä ei voida pidentää potilaan elinaikaa. Potilaan CRP:n nousu sekä seerumin pieni albumiinipitoisuus ovat ennemminkin huonon ennusteen kuin infektion merkkejä. Heikentyneestä vastustuskyvystä johtuen antibioottien käyttö on

usein hyödytöntä, eikä potilaallekaan mielekästä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Kuten kaikessa lääkehoidossa, myös palliatiivisessa hoidossa olevilla henkilöillä voi tulla lääkeinteraktioita. Lääkkeiden yhteishaittavaikutukset lisäävät potilaan oiretaakkaa ja voivat lisäksi olla vaarallisia. Käytössä olevien lääkkeiden yhteisvaikutukset tulisi aina muistaa tarkistaa. Lisäksi jotkut sairaudet, kuten munuaisten- ja maksan vajaatoiminta saattavat muuttaa lääkkeiden toimintaa elimistössä. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

## 6.5 Parenteraalinen nesteytys- ja ravitsemushoito

Lisänesteen antaminen potilaalle saattaa helpottaa nestehukan aiheuttamia oireita, mutta jos elämän loppuvaiheessa kuivuminen johtuu kiertävän nestetilavuuden siirtymisestä solujen välitilaan, ei nesteytyksestä ole hyötyä, sillä se vain aiheuttaa potilaalle turvotuksia nesteen kertyessä kudoksiin ja sisäelinten ympärille. Tällöin potilaan yleistilaa ei siis ylimääräinen nesteytys paranna, vaan jopa voi aiheuttaa lisäoireita kuten kipua tai hengenahdistusta. (Surakka ym. 2015, 51.) Satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa lievästi kuivuneilla potilaille ei havaittu rutiinimaisesti käytetystä nestehoidosta koituvan hyötyä. Toisessa monikeskustutkimuksessa huomattiin, että monilla loppuvaiheen potilailla on samanaikaisesti dehydraation sekä nesteen kertymisen oireita. Harvinaista oli pelkkä dehyraatio. (Hänninen 2008, 2608.)

Varsinkin saattohoitopotilaan puutteellisesta nesteytyksestä sekä ravitsemuksesta kannellaan Valviraan. Joissakin tapauksissa se ei riitä, että läheiset keskustelevat lääkärin kanssa potilaan suonensisäisen nestehoidon haittapuolista eikä läheinen ehkä vakuutteluista huolimatta usko turvotuksista kudoksissa vaan hänen on sen itse todettava. Saattohoidossa puhutaan "omaistipasta", jolloin potilaalle laitetaan hänen suostumuksellaan väliaikainen hidas suonensisäinen nesteytys. Hoitajan on tällöin tärkeää olla läsnä ja saatavilla, sillä kun omainen itse havaitsee läheisensä mahdollisen hengenahdistuksen, turvotuksen ja voinnin

muutoksen, niin voidaan tiputus lopettaa nopeasti. Lähtökohtana "omaistipassa" on koko ajan se, että potilaalle ei aiheudu siitä kärsimystä. Sen avulla ei ole myöskään tarkoituksena osoittaa väärää tai oikeaa, vaan kohdata menehtyvän potilaan läheisen suru, hätä ja ahdistus sekä antaa hänelle tietoa. Siitä hyöttyy myös viime kädessä potilas, jonka tarkoituksena ei ole ollut aiheuttaa läheisilleen mielihäiriöitä kieltämällä tämän vaatimus hyvästä hoidosta. (Surakka ym. 2015, 50.)

Nesteytyksen hyötynä voitaisiin ajatella sekavuuden vähentämistä tilanteessa, jossa dehydraatio on aiheuttanut opioidimetaboliittien kertymiseen. Toisaalta kuitenkin opioidiannoksen pienentäminen aiheuttaa saman lopputuloksen ilman nesteytyksestä aiheutuvia haittoja. Kuolevan potilaan deliriumin sekä lihasnykäysten lääkehoito saa aikaan vähemmän ongelmia kuin nesteytys. Jos potilas kuitenkin kärsii samanaikaisesti kouristuksista, myoklonuksesta ja deliriumista, saattaa olla mielekkäämpää korjata nestevajausta kuin aloittaa oireiden hoidon vaatima monilääkitys. (Hänninen 2008, 2608.)

Varsinkin pitkälle edennyttä syöpää sairastavilla potilailla on useimmiten autonomista neuropatiaa eli ei-tahdonalaisen hermoston vauriota, suun kuivumista suun kautta hengittämisen vuoksi, iän aiheuttamia ihomuutoksia ja perustaudista johtuvaa sekavuutta. Nämä oireet saattavat muistuttaa dehydraation oireita. Potilaan oireiden hoito sekä lääkityksen kuten antikolinergien tai diureettien vähentäminen ovat keinoja helpottaa potilaan vointia. (Hänninen 2008, 2608.)

Parantumattomasti sairaan paino laskee, vaikka ruoka maistuisikin. Tämä luonnollinen ruokahaluttomuus ja kuivuminen johtavat metaboliseen oireyhtymään, kakeksia-anoreksiaan. Hoitohenkilökunnan on hyvä arvioida, onko kyse primaarikakeksiasta eli etenevästä tahattomasta laihtumisesta vai sekundaarisesta kakeksiasta, joka johtuu ravinnon vähyydestä ja johtaa siksi laihtumiseen. Suurin osa potilaista on elämän loppu vaiheessa primaari-kakektisia ja aktiivinen ravitsemushoito ei paranna potilaan elämänlaatua eikä lisää elinaikaa. (Surakka ym. 2015, 48.)



Kuolevalle potilaalle harkittaessa ravintoliuoshoidon aloittamista tulee ottaa huomioon, että kakeksiassa perusmekanismi on krooninen inflammaatio eli tulehdus, joka aiheutuu syöpäkasvaimen kasvusta. Se aiheuttaa lipolyysia, proteolyysia, vähentää ruokahalua hypotalamuksen välityksellä sekä lisää täyteyden tunnetta. Syöpäpotilas muistuttaa aineenvaihdunnallisesti enemmän sepsis- tai traumapotilasta kuin nälkiintynyttä. Hänellä on muutoksia niin rasva-, hiilihydraatti- kuin proteiiniaineenvaihdunnassakin. Kakektisen syöpäpotilaan laihtuminen lisäravinnosta huolimatta, johtuu elimistössä kasvaneen energiakulutuksen takia. (Hänninen 2008, 2608.)

Keinotekoista ravitsemusta käytetään vain silloin, jos se on potilaan etujen mukaista ja siitä saadut tavoitteet voidaan osoittaa. Keinotekoisen ravitsemuksen aloittamista päätettäessä, tulee huomioida yksilöllisesti potilaiden kohdalle siitä heille saadut edut ja haitat. Parenteraalinen ravitsemus ei ole ensisijainen vaihtoehto tukemaan palliatiivisen potilaan ravitsemusta. Se edellyttää kanyylin laittamista isoon laskimoon, kuten solisluun laskimoon ja kanyyliä pidetään potilaalla pitkän aikaa. Sitä käytetään ainoastaan vakavasti aliravituille ja/tai potilaille joiden ruuansulatuskanava ei toimi. Täydentävää parenteraalista ravitsemusta käytetään joskus tukemaan potilaan riittämättömän suun kautta otettavuuden vuoksi joko isonverenkierron tai pienen verenkierron kautta. Riskejä parenteraalisessa ravitsemuksessa ovat infektiot, laskimoveritulpat ja hypoglykemia eli liian matala verensokeri tai hyperglykemia eli liian korkea verensokeri. Se on myös kallista ja vaatii jatkuvaa monitorointia sekä pitkäaikaista sairaalahoitoa. (Holmes 2011, 34-35.)

## 6.6 Sedaatio

Hoidettaessa kuolevaa potilasta voi syntyä tilanteita, joissa oireita ei saada tavanomaisin keinoin hallintaan. Potilaan lähellä kuolemaansa kokemia sietämättömiä kärsimyksiä voidaan hoitaa sedaation, eli kevytnukutuksen avulla. Palliatiivisen sedaation tarkoitus ei ole potilaan kuoleman nopeutus vaan potilaan rauhoitus oireiden vaikeusasteen mukaisesti tai hänen

uneen vaivuttaminen esimerkiksi tukehtumiskuoleman uhatessa. (Hänninen 2007, 123.) Sedaation käyttöaiheita ovat esimerkiksi sietämätön, muuten hallitsematon kipu, delirium eli sekavuus, agitaatio eli ahdistuneisuus johon liittyy voimakas liikkeiden levottomuus, hengenahdistus ja ahdistus (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Palliativisesta sedaatiosta ei ole olemassa vielä yhdenmukaisia ohjeita. Potilaalla kuitenkin tulee olla terminaalinen sairaus, hänen kärsimyksensä on muihin hoitoihin reagoimatonta, tarvittavat konsultaatiot on tehty, perhe on hoidossa mukana ja potilaan kanssa on tehty yhteisymmärryksessä päätös palliativisesta sedaatiosta. (Hänninen 2007, 123.)

Palliativisen sedaation käyttöön saattaa liittyä epäselvyyksiä ja niistä johtuvia pelkoja, joten tämän vuoksi on tärkeää keskustella potilaan, omaisten ja henkilökunnan kanssa ennen toimenpiteeseen ryhtymistä (Hamunen, Heiskanen & Kalso 2007, 4105). Tulee myös varmistaa, että potilas, omaiset sekä hoitohenkilöstö ymmärtävät hoidon toteutuksen ja tavoitteet. Potilaan oireet määräävät käytettävän lääkityksen sekä myös hoitopaikan tottumukset erilaisten sedatiivisten lääkkeiden käytöstä. Potilaan lääkeannos määritetään yksilöllisesti ja sitä suurennetaan asteittain ja oireiden lievittymistä seuraten. Jatkovaa syvää sedaatiota tulee käyttää ainoastaan potilaille, joiden odotettavissa oleva elinaika on vuorokausia tai tunteja. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Sedaatio toteutetaan useimmiten jatkuvana ihonalaisena tai laskimonsisäisenä infuusiona. Midatsolaami on yleisimmin käytetty lääke, jolla on sedatiivinen vaikutus. Potilaalle titrataan annos yksilöllisesti vastetta seuraten ja sedaation syvyyden määrittää oireen lievittyminen. Tätä hoitomuotoa antavan lääkärin on tunnettava laskimoon annettavien lääkkeiden käyttö sekä farmakologia. Koneellista monitorointia ei käytetä potilaalla palliativisen sedaation yhteydessä. Käytettävissä ei ole tarkkaa tietoa sedaation tarpeesta vaikeiden oireiden hoidossa. Sen käyttöön liittyy myös monia ratkaisemattomia kysymyksiä, kuten hoidon teho, tarkat käyttöaiheet ja turvallisuus sekä parhaat lääkkeet. (Hamunen ym. 2007, 4105.)

## 7 KIPU

Kuolevan potilaan suurin pelko on yleensä kipu. Omaisille on myös tärkeää, ettei heidän läheinen joutuisi kokemaan kipua. Kipu on helposti tunnistettava oire ja siihen tartutaan herkästi. Kivun mittaamiseen ja havainnollistamiseksi on olemassa erilaisia mittareita, joita käytetään kipukokemuksen ja sen voimakkuuden arviointiin. (Hänninen 2015.)

Kipukokemukseen vaikuttaa se, miten potilas kokee oman hyvinvointinsa ja millainen mieliala hänellä on. Kipukynnystä alentavat potilaan kokema pelko, masennus, ahdistus, kyllästyminen, unettomuus ja väsyminen. Kivulla on henkilökohtainen merkitys potilaalle esim. jos potilas ajattelee kivun tarkoittavan sairauden etenemistä, kipu on pelottavaa ja näin ollen vaikeammin siedettävää. Pelko voi myös aiheuttaa riittävän kipulääkityksen viivästymisen, mikäli potilas on haluton kertomaan kivuista ajattellessaan, että opioidi lääkityksen jälkeen ei ole enää tarjolla muuta kivunlievitystä. (Hänninen 2015.)

Kivun kartoituksessa tulee selvittää seuraavat asiat: kivun mekanismi, kivun sijainti, onko kipu jatkuvaa vai ajoittaista, onko läpilyöntikipuja, miten kipu vaikuttaa potilaan elämään, kivun voimakkuus numeerisesti tai sanallisesti ja jo käytössä olevat kipulääkkeet, niiden teho ja haittavaikutukset (Heiskanen ym. 2013, 386). Kipua tulee mitata, arvioida ja kirjata säännöllisesti (Hamunen, Heiskanen & Idman 2009). Kun potilaalle selvitetään kivun syy ja mekanismi, hänen on helpompi hallita omaa kipuaan ja näin ollen kipulääkkeistäkin saadaan suurempi hyöty käyttöön (Heiskanen ym. 2013, 385).

### 7.1 Luustokipu

Luustokipua aiheuttaa luukudoksessa olevat syöpäsolut, jotka heikentävät luun rakennetta ja lujuutta. Luut kuormittuvat ja tämä aiheuttaa kipua. (Mistä syöpäkipu johtuu 2017.) Tulehduskipulääkkeet ovat hyviä luustometastaasien aiheuttaman kivun hoidossa (Hamunen ym. 2009; Heiskanen ym. 2013, 386; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Sädehoito on yksi tehokkaimmista kivunhoitomenetelmistä luustometastaasikivun hoidossa. Sitä voidaan antaa kertaluontoisesti tai pidempikestoisesti ja vaikutuksen on todettu olevan yhtä tehokas. Radioisotooppihoitojen on todettu vähentävän jonkin verran luustokipuja, mutta käyttöä tulee harkita tarkkaan suurempien haittavaikutusten vuoksi kuin ulkoisessa sädehoidossa. Radioisotooppi hoidot voivat vähentää uusien etäpesäkkeiden syntymistä sekä pidentää elinaikaennustetta muutamalla kuukaudella. Teho on ulkoisen sädehoidon kaltainen, mutta kattaa koko luuston kerrallaan. (Heiskanen ym. 2013, 391; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Äkillisesti voimistuneiden kipujen syy tulee aina selvittää esim. nikamaetäpesäkkeet voivat aiheuttaa selkäydinkompression, osittaisen halvaantumisen, joka on erittäin kivuliasta potilaalle ja hoito edellyttää päivystyksellistä sädehoitoa (Hamunen ym. 2009; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

## 7.2 Elinvauriokipu

Elinvauriokivusta käytetään nimitystä nosiseptiivinen kipu. Tämän tyyppisen kivun aiheuttaa kipureseptoreiden aktivoituminen kudოსvaurion tapahduttua tai sen ollessa uhkana. (Kipu 2015.) Elinvauriokipujakin on kahdenlaisia. Somaattinen elinvauriokipu on yleensä helposti paikallistettavaa pinnallista tai syvää kipua, joka voi aiheutua esim. kasvaimen tunkeutumisesta ympäröiviin kudoksiin tai luustoetäpesäkkeiden aiheuttamasta luutuhosta. (Hamunen ym. 2009.) Viskeraalinen elinvauriokipu tarkoittaa sisäelinperäistä kipua. Tämän tyyppistä kipua on yleensä vaikea paikallistaa ja siihen liittyy heijastekipua, joten kipu tuntuu laajemmalla alueella kuin mistä se on lähtöisin. (Kipu 2015.) Viskeraalista elinvauriokipua aiheuttavat tyypillisesti vatsa ja rintakehän kasvaimet, jotka venyttävät tai tukkivat sisäelinten rakenteita. Elinvauriokipuihin sopivat yleensä perinteiset ja tavanomaiset kipulääkkeet. (Hamunen ym. 2009.)

Lievään kipuun aloitetaan peruskipulääkkeeksi ibuprofeini. Mikäli potilas on vasta-aiheinen tulehduskipulääkkeiden käytölle, valitaan siitä

huolimatta parasetamoli sen lievien haittavaikutusten vuoksi. Heikkojen opioidien merkitys palliatiivisessa hoidossa olevalla henkilöllä on vähäinen, joten kohtalaiseen ja voimakkaaseen kipuun voidaan heti aloittaa pitkävaikutteinen vahva opioidi pienellä annoksella. Vahvan opioidin rinnalla käytetään edelleen tulehduskipulääkettä, sillä se tehostaa hyvin opioidien vaikutusta. (Hamunen ym. 2009; Heiskanen ym. 2013, 386.) Heikon opioidin käyttäminen, joka on teholtaan vaatimaton palliatiivisessa hoidossa, voi turhaan viivästyttää vahvan opioidin aloittamista ja näin ollen viivästyttää myös hyvän kivun lievityksen saavuttamista (Heiskanen ym. 2013, 386).

Vaikka vahvoilla opioideilla ei sinällään ole maksimiannosta, tulee kivun syitä miettiä tarkemmin, jos kipua ei saada hallintaan tai kipulääkitystä joudutaan nostamaan kohtuuttomasti (Heiskanen ym. 2013, 387, 389). Opioidin vaihtoa voidaan kokeilla vaikeissa kiputiloissa tai sivuoireiden vähentämiseksi. Metadoni on usein käytetty vaihto-opioidi, sillä on lisäksi vaikutusta keskushermoston hormooneihin, joilla on kipukynnystä nostattava vaikutus. (Hamunen ym. 2009; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Ketamiini voimistaa opioidien vaikutusta ja sillä saattaa olla opioidien tarvetta vähentävä vaikutus, mutta sitä saa sairaalan ulkopuolella käyttää ainoastaan lääkelaitoksen luvalla (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Kivun äkillinen voimistuminen on akuutti tilanne, joka on helpoin hoitaa suonensisäisesti annosteltavilla opioideilla. Suonensisäinen opioidilääkitys voidaan nopeastikin titrata riittävälle tasolle. Akuutin kiputilanteen helpottaessa suonensisäisestä kipulääkityksestä tulisi pyrkiä mahdollisimman nopeasti takaisin suun kautta otettavaan lääkitykseen, poikkeuksen tähän tekee heikkokuntoiset ja kuolemaa tekevät henkilöt. (Hamunen ym. 2009.)

Invasiivisia kivunhoitomenetelmiä, eli elimistön sisälle ulottuvaa/kajoavaa hoitomuotoa voidaan harkita silloin, kun kivunhoito on ainoa este potilaan kotiutumiselle eikä riittävää kivunhoidollista vastetta saada suun kautta

otettavilla lääkkeillä, iholta imeytettävillä valmisteilla tai niiden yhdistelmällä. Tällainen keino on esim. ihonalainen infuusio, jossa lääkkeet annostellaan neulan tai katetrin avulla rasvakudokseen. Ihonalaisen infuusion toteuttaminen kotona edellyttää kotisairaanhoidon säännöllistä seurantaa. (Hamunen ym. 2009.) Potilaille, joilla mikään muu kivunlievitys ei auta, voidaan kivunhoito toteuttaa spinaalisesti epiduraali- tai intratekaalitilaan (Hamunen ym. 2009; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Tämä hoitomuoto voidaan toteuttaa kaikissa sairaaloissa, joissa on anestesia lääkäri ja se sopii myös kotona asuville potilaille. Spinaali kivunhoitoa ei voida antaa henkilöille joilla on alentunut tajunnantaso, vuotohäiriöitä, kuumeinen infektio tai niin heikko yleistila, ettei potilas kestä siirtoa hoitoa antavaan yksikköön. (Hamunen ym. 2009.)

Mikäli kipu ei reagoi syynmukaiseen hoitoon, on syytä muistaa kartoittaa psyykkisten tekijöiden vaikutusta kipukokemukseen ja sen hallintaan. Hoitoasenteen tulee olla vastavuoroisuuteen pyrkivää, hyväksyvää ja uhkakuvia sekä pelkoja tyynttelevää. Ahdistuneisuuteen ja tuskaisuuteen käytetystä lääkityksestä voi myös olla apua. (Hamunen ym. 2009.) Kivun vaikeahoitoisuuden voi myös selittää lääkkeiden vääränlainen käyttö esim. lääkkeitä käytetään liian vähän haittavaikutusten ja riippuvuuden pelon vuoksi tai niitä käytetään johonkin muuhun vaivaan kuin kipuun (Hamunen ym. 2009; Heiskanen ym. 2013, 390).

### 7.3 Lämpilyöntikipu

Mikäli jo käytössä oleva pitkävaikutteinen opioidilääkitys ei vie olemassa olevaa kipua kokoaikaisesti pois, voidaan tätä paikata lyhytvaikutteisella lämpilyöntikipulääkkeellä. Lämpilyöntikipulääkkeen tulee tällöin myös olla opioidilääke. Lyhytvaikutteisen kipulääkkeen annostus on yleensä 1/6 osa käytössä olevan pitkävaikutteisen opioidin vuorokausiannoksesta.

(Hamunen ym. 2009; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Lämpilyöntikipulääke valitaan keston ja vaikutuksen mukaisesti.

Lyhytvaikutteisten morfiini-, oksikodoni-, hydromorfoonivalmisteiden vaste saavutetaan 30-45 minuutissa ja vaikutus kestää 4-5 tuntia, kun taas

fentanyylivalmisteiden vaste saadaan aikaan jo 5-10 minuutissa, mutta vaikutus kestää noin tunnin. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Kivunhoidon riittävyttä tulisi arvioida noin viikon kuluttua kipulääkkeen annostuksen muuttumisesta. Mikäli läpilyöntikipulääkkeen tarve on yli neljästi vuorokaudessa, tulisi pitkävaikutteisen kipulääkkeen annostusta nostaa 30% kerrallaan. Mikäli aiempi annos ei ole helpottanut riittävästi läpilyöntikivun hoidossa, lisätään myös läpilyöntikipulääkkeen annosta suhteessa pitkävaikutteiseen kipulääkkeeseen. (Hamunen ym. 2009.) Poikkeuksena läpilyöntikipulääkkeen annostuksessa ovat suuret morfiini- ja oksikodonannokset, sekä limakalvon kautta imeytyvät fentanyylivalmisteet, jolloin annostus määrätään yksilöllisesti (Heiskanen ym. 2013, 386).

#### 7.4 Hermovauriokipu

Hermovauriokivusta käytetään nimitystä neuropaattinen kipu. Tämän tyypistä kipua aiheuttaa hermojärjestelmän vauriot. Lisäksi kipu voi olla yhteydessä sairauteen. (Kipu 2015.) Neuropaattinen kipu jaetaan kahteen ryhmään anatomisen aiheuttajan mukaisesti: keskushermostoperäiseen ja ääreishermostoperäiseen kipuun. Kivun hoidosta tulisi huolehtia neuropaattisen kivunhoidon hoitomahdollisuuksiin tutustunut lääkäri, sillä kiputila on potilasta kuormittava ja voi aiheuttaa jopa psykososiaalisia ongelmia, kuten unihäiriöitä, masennusta sekä työkyvyn ja elämänlaadun heikentymistä. (Haanpää 2007.)

Neuropaattisen kivun tunnistaminen on tärkeää, sillä sen opioidiherkkyys vaihtelee yksilöllisesti ja tavallisesti kivunlievitykseen tarvitaan muitakin lääkkeitä. Peruskipulääkkeenä tämän tyypisessä kivussa voidaan käyttää triksyklisiä masennuslääkkeitä tai epilepsialääkkeitä. Näillä lääkkeillä on väsyttävä vaikutus, joten ottamalla ne ennen nukkumaan menoa voidaan hyödyntää lääkkeen sivuoire. (Hamunen ym. 2009.)

Käyttämällä eri mekanismeilla toimivia lääkkeitä saadaan hyödynnettyä niiden toisiaan tehostava vaikutus kivun hoidossa. Lääkkeiden

yhteiskäytöllä saadaan aikaan parempi kivunlievitys ja todennäköisemmin välttään suurten opioidiannosten aiheuttamilta haittavaikutuksilta.

(Hamunen ym. 2009.) Vaikka kivun hoito on lääkehoitopainotteista, tulee muistaa fysioterapeuttisten ja psykologisten menetelmien vaikutus hoidon kokonaisuuteen (Haanpää 2007).

Etukäteen on vaikea arvioida mikä lääke olisi sopiva kullekin potilaalle, joten oikea lääkitys vaatii kokeilua ja pitkäjänteisyyttä. Lääkkeiden suurin siedetty määrä on potilailla yksilöllinen ja lääkkeitä titrataan ajan kanssa oikeaan annokseen. Mikäli lääke ei sovi potilaalle, se puretaan pois. (Haanpää 2007.)

## 7.5 Lääkkeetön kivunhoito

Kivun hoidossa lääkkeettömät kivunhoitomenetelmät ovat yhtenä osana hyvän kivunhoidon perustasta. Kivun lääkkeettömiä hoitovaihtoehtoja tulisi käyttää aina kun mahdollista. Lääkkeettömiä kivunhoitokeinoja ovat esimerkiksi liikunta, asentohoito, kylmä- ja lämpöhoidot sekä TNS-hoito. (Kipu 2015.) Myös kognitiivisia menetelmiä käytetään. Tällaisia keinoja ovat esimerkiksi rentoutus ja huomion suuntaaminen pois kivusta, vaikka musiikin, tv:n katselemisen ja lukemisen keinoin. (Heikkinen, Kauppila, Murtola, Salanterä & Siltanen 2013.)

Asento- ja liikehoito sekä niistä huolehtiminen on tärkeää etenkin niille potilaille, jotka ovat vuoteessa tai pyörätuolissa pitkiä aikoja. Asentohoito rentouttaa, ehkäisee nivelten jäykistymistä sekä parantaa verenkiertoa ja hengitystä. Liikehoito asentohoidon lisänä ylläpitää nivelten liikkuvuutta sekä fyysistä toimintakykyä ja auttaa vähentämään turvotuksia. (Bjong 2017.)

Kylmä- ja lämpöhoidoilla on todettu oleva myös kipuja lievittävä vaikutus. Lämpöhoidon seurauksena lihakset rentoutuvat, lihasvenyvyys kasvaa ja aineenvaihdunta sekä verenkierto vilkastuvat. Kylmähoidon seurauksena hermojen impulssien johtumisnopeus hidastuu ja näin tulee myös kipua



lievittävä vaikutus. Kylmähoito auttaa myös laskemaan turvotuksia.  
(Minkkinen & Mokka 2016.)

TNS eli transkutaaninen hermostosimulaatio on kivunlievitysmenetelmä, jolla lähetetään sähköimpulsseja hermoihin kipuiimpulssien estämiseksi. TNS-hoitoa käytetään etenkin lihas-, nivel-, luusto- ja hermoperäisen kivun hoitoon. (Bjong 2017.)

## 8 KUOLEMAN LÄHEISYYS

Kun terveenä itseään pitävä ihminen saa kuulla olevansa vakavasti sairas, pysähtyy hänen maailmansa paikoilleen ja alkaa voimia vaativa sopeutuminen saatuun tietoon. Mieleen saattaa ensimmäisenä nousta epäusko, jonka jälkeen ihminen alkaa miettiä ehkä omaa sukutaustansa sairaushistoriaa. Ajattelemisen aihetta sekä helposti syyllisyyden tunteita saattaa aiheuttaa omat elämäntavat. Usein kuitenkin saattaa olla, ettei mitään selvää syytä löydy ja sairauteen on pakko vähitellen mukautua. Ihmisen on ryhdyttävä pohtimaan hoitotoimia sekä sopeutumaan niiden mukana tuomiin mahdollisiin elämäntapamuutoksiin. Vaikein kysymys, jonka sairas voi itselleen ja hoitaville ammattilaisille esittää on: kuolenko minä? (Grönlund & Huhtinen 2011, 52.)

### 8.1 Kuoleman uhkaan joutuminen

Kuoleman uhkaan joutumisella tarkoitetaan järkyttävän tiedon saamista parantumattomasta sairaudesta, tiedon merkityksen käsittelemistä niin potilaan kuin perheen kanssa sekä hoitopäätöksiin vaikuttamista. Sairastuminen parantumattomasti tuo kuoleman ihmisen lähelle. Ajatus kuolemasta koskettaa potilasta ja hänen läheisiään. Tiedon saaminen parantumattomasta sairaudesta on hyvin tärkeää potilaalle, perheenjäsenille sekä hoitohenkilökunnalle. Tieto mahdollistaa henkilön orientaation nykyhetkeen ja tulevaisuuteen. Anttosen mukaan ensimmäinen ajatus useilla oli, että tieto tarkoittaa kuolemaa. Potilaille tiedon saaminen sairaudesta oli myös helpottavaa, sillä oireileminen ja aavistukset saivat selityksen. Potilaalle oli hyvä, jos hänen mukanaan oli joku läheisistä kuulemassa tietoa, joka järkyttävyydessään ohitti potilaan kyvyn ymmärtää kuulemaansa. Potilaalle oli tärkeää tietää, kuka häntä hoitaa, kuinka yhteys hoitopaikkaan rakennetaan ja mitä tarkoitetaan hoitojen jatkumisella. (Anttonen 2016, 59.)

Kuolema uhkaa perheessä sen vuorovaikutusta ja tasapainoa. Perhe joutuu myös pohtimaan uudelleen roolijakoa sekä selviytymään ilman kuollutta henkilöä. Perheenjäsenet saattavat yrittää ratkaista ongelman

uppoutumalla töihin, pakenemalla uusiin ihmissuhteisiin tai hankkimalla uusia tavaroita. Perhe voi pyrkiä myös pitämään jäykästi kiinni vanhoista kuvioista, joka kuitenkin on mahdotonta. Perheenjäsenet kokevat asioita eri tavalla sekä eri tahtiin. (Schmitt 2008, 67-68.)

Potilaan parantumattoman sairauden tiedolla oli perheen arkea muuttava vaikutus. Perheessä täytyi kohdata muuttuva todellisuus, jotta voitiin asiaa yhdessä käsitellä. Tavoitteena tiedon käsittelemisessä oli perheen ymmärryksen lisääminen sairauden parantumattomuudesta ja potilaan kuoleman vääjäämättömyys sekä potilaan toiveiden kuuleminen. Potilaalle ja perheelle tulevaisuus näyttäytyi erilaisena, epävarmana.

Samanaikaisesti käsiteltiin tietoa elämän rajallisuudesta, eli elämästä, joka vielä oli jäljellä sekä yhdessä ellettävissä ennen potilaan kuolemaa.

(Anttonen 2016, 62.)

Anttosen mukaan hoitohenkilökunnan kokemuksen perusteella potilaan sekä perheen ehdoilla tapahtuva keskusteleva tiedon käsitteleminen rakensi luottamusta hoitohenkilökunnan toimintaa ja avun saamista kohtaan. Perustuksen hoitosuhteelle loi potilaaseen ja perheeseen tutustuminen, kiinnostuksen osoittaminen heitä kohtaan sekä ystävällinen ja kohtelias käyttäytyminen, jonka tavoite oli mahdollistaa loppuelämän eläminen arvostaen asioita, jotka potilas ja perhe olivat nimenneet tärkeiksi. (Anttonen 2016, 63.)

## 8.2 Kuoleman pelko

Palliatiivisilla potilailla ilmenee yleensä jossakin sairauden vaiheessa kuolemaan liittyvää ahdistusta, tuskaa ja pelkoa. Kuoleman pelko ja ahdistus eivät ole usein voimakkaimmillaan saattohoidon vaiheessa, sillä silloin potilas on yleensä jo kohdannut sekä käsitellyt kuoleman herättämää pelkoa ja ahdistusta. Tätä ei kuitenkaan ole kyetty tekemään potilaat, jotka ovat juuri saaneet tiedon sairaudesta ja ovat jo saattovaiheessa. Elämän loppuvaiheessa pelon väistymiseen useimmiten vaikuttaa tunteiden heikkeneminen. (Surakka ym. 2015, 95.)

Kuolemassa monet pelkäävät tuntematonta. Ihmistä ei ymmärrettävästi pelottaisi niin paljon, jos hän tietäisi minne olisi menossa. Kuolemassa kaikki on tuntematonta. Ihmisen kokema ristiriita oman itsensä ja ideaalisen itsen välillä saattaa myös vaikuttaa koettuun kuolemanpelkoon. Se, mitä ihminen on tehnyt tai ollut, saanut aikaan ja mitä olisi täytynyt osata ja voida tehdä, eivät kohtaa toisiaan. Tämä voi aiheuttaa syvää ahdistusta. (Grönlund & Huhtinen 2011, 53-54.)

Kuoleman pelko lähtee olemassaolon ahdistuksesta ja se saa ihmisessä aikaan jonkinlaisen kaaostilan. Se, mikä on aiemmin ollut selvää, on nyt kyseenalaista ja sekavaa. Ihminen kysyy itseltään, onko hänen elämällään merkitystä, valuuko se niin kuin hiekka sormien läpi, luhistuuko se olemattomiin. Ihminen yrittää myös saada selvää, miksi hänen täytyy kuolla ja mitä se merkitsee. Kuinka hän voi kohta olla olematta, mutta kuitenkin säilyttää elämän mielekkyyden ja merkityksen. (Surakka ym. 2015, 95.) Ihmiset useimmiten pelkäävät myös omaistensa puolesta ja heidän raskasta surukokemustaan. (Grönlund & Huhtinen 2011, 53).

Ihmisellä saattaa olla pelko siitä, että hän kärsii kovista kivuista ja huonovointisuudesta, joissa kukaan ei kykene häntä auttamaan tai ei halua auttaa. Ensin hän voi pelätä, että kuolema tulee yhtäkkiä. Myöhemmin saattaa tulla pelko liian hitaasta kuolemasta. Ihminen saattaa myös samalla tavalla alkaa toivoa kuolemaansa. Kun kuoleva ihminen toivoo kuolemaansa, hänelle ei voi tulla enää ”kuolemaa, jota hän ei toivoisi”. Tämä on olennaista tunnistaa sekä ymmärtää: ihminen ei vaadi toiveensa täyttämistä, vaan kiteyttää olennaisen omasta tahdostaan. Häneltä ei saa viedä pois toivon ilmaisua, vaan tulisi se pyyntö kestää, vaikka se olisikin jokapäiväistä. Omaiset voivat ilmaista tällöin kuolevalle, kuinka tärkeä hän on heille. (Surakka ym. 2015, 96.)

Omaisilla on useita pelkoja tukiessaan ja saattaessaan kuolevaa lähestyvää läheistään. Heillä on luopumisen, yksinäisyyden ja selviytymisen pelkoa. Heillä saattaa myös olla hallinnan menettämisen tai katastrofin pelkoa. Olemassaolon ahdistusta esiintyy myös, sillä kuoleman kohdatessa he joutuvat kasvokkain sen kanssa, että jokainen ihminen

kuolee. Läheisillä kuoleman herättämät ahdistukset ja pelot eivät kuitenkaan ole samanlaista kuin kuolevalle potilaalle. Läheisen rinnalla kulkeminen on tärkeää saattamisessa sekä surutyössä. Kasvokkain asettumisesta käsin voi kokea myötätuntoa, mikä johtaa myötäelämiseen. (Surakka ym. 2015, 97.)

Ihmisten kuolemanpelot ja kuolemankäsitykset ovat yksilöllisiä sekä erilaiset tekijät vaikuttavat ihmisen asennoitumista kuolemaa kohtaan, joiden ymmärtäminen auttaa niiden käsittelyä (Grönlund & Huhtinen 2011, 55). Toiset potilaista ja omaisista ovat toisia tottuneempia sanoittamaan hankalia ja vaikeita tunnetiloja sekä ottamaan ne herkemmin rohkeasti puheeksi. Oikeiden sanojen löytäminen saattaa myös olla välillä vaikeaa. Potilaan ja hänen omaisten kuoleman pelosta puhuminen on useimmiten haastavaa. Kumpikaan osapuoli ei rohkene ottaa sitä puheeksi, sillä epäilee, että voi puheellaan herättää toisessa pelon. Kumpikin samalla tietää, että heillä ei ole antaa toiselle lohdutusta tai vastausta. Pelosta ja ahdistuksesta puhuminen kuitenkin saattaa vahvistaa niin potilasta kuin omaistakin ja vaiettu tuska on aina puhuttua suurempi. Hoitajan on tärkeä oppia ymmärtämään, ettei hänen tarvitse välttää kuoleman lähestymisen aiheuttamasta ahdistuksesta ja pelosta puhumista. Hoitajan on hyvä olla potilaan ja läheisten välisen sillan rakentaja. Kun hän ottaa puheeksi potilaan ja läheisten kanssa kuolemaan liittyvät tunteet, hän tarjoaa heille turvallisen tavan harjoitella niistä puhumisesta. Tämän jälkeen he kykenevät siihen keskenään ilman hoitajan läsnäoloa. (Surakka ym. 2015, 95-97.)

### 8.3 Elämästä luopuminen

Kuolevan ihmisen oman elämän kontrollointi heikkenee sairauden edetessä ja hän joutuu kokemaan luopumista kaikilla elämänsä alueilla. Hänen on luovuttava asteittain terveydestään, autonomiastaan, perhe-elämästään, ammatistaan, asemastaan sekä tulevaisuuden suunnitelmistaan. Potilaan läheiset myös joutuvat luopumaan monista asioista. (Grönlund & Leino 2008, 37.)

Jokaisen ihmisen elämästä luopumisen prosessi on yksilöllinen ja sitä säätelee sairauden hankaluus, etenemisen nopeus sekä yksilölliset lähtökohdat käsitellä, kestää ja sietää elämästä luopumista. Elämästä luopumiseen sisältyy elämänvoiman hiipuminen ja asteittainen luopuminen läheisistä, itselle merkittävistä tehtävistä ja rooleista. Potilaan ja perheen elämänpiiri kaventuu ja potilas havaitsee sairauden etenevät muutokset kehossaan sekä toimintakyvyn huonontumisessa. (Anttonen 2016, 92.)

Luopumiseen liittyvä suru saattaa joskus ilmetä outoina, voimakkaina sekä jopa pelottavina tunteina, kuten kieltämisenä, vihana, syyllisyytenä ja järkytyksenä. Tällaiset tunteet ja niiden aiheuttama paine voivat helposti pelästyttää potilasta ja hänen omaisiaan. Tämän vuoksi heistä saattaa tuntua turvallisemmalta vältellä aiheita, jotka nostavat pintaan vaikeita tunteita. Keskustelu saattaa muodostua vältteleväksi potilaan ja perheenjäsenten kesken ja tiedonkulku voi vaikeutua. Tällöin vaarana on, että he etäännyvät toisistaan sekä kokevat yksinäisyyttä juuri silloin, kun he tarvitsisivat eniten läheisyyttä ja tukea toisiltaan. Avoimen kommunikaation on havaittu auttavan omaisia sopeutumisessa sekä myös selviytymään paremmin potilaan kuoleman jälkeen. (Grönlund & Leino 2008, 37.)

Eläminen kuoleman tietoisuuden kanssa toi ajalle uudenlaisen merkityksen. Potilas ja perhe tiedostivat elävänsä yhteisen elämän jatkoaikaa. Kuoleman läheisyydessä elämän rajallisuus konkretisoitui, kun potilas sekä perheenjäsenet näkivät arjen toimintojen kautta, kuinka erilaisista tapahtumista tuli pikkuhiljaa viimeisiä yhteisiä kokemuksia. (Anttonen 2016, 93.)

#### 8.4 Toivo

Toivo on ihmiselle tärkeä ominainen voimavara, joka merkitsee uskoa hyvään sekä elämään. Se on sairastuneelle edellytys hyvään elämänlaatuun ja se vaikuttaa merkittävästi myös hänen omaistensa elämään. Sairauden eri vaiheissa toivo muuttaa muotoaan ja sen säilyminen missä muodossa tahansa mahdollistaa mielekkään elämän jatkumisen kuoleman lähellä. (Hietanen 2013, 72.)

Palliativisessa hoidossa toivo tukee ihmisen kasvua, lievittää kärsimystä ja edistää hyvinvointia. Parantumattomasti sairas ja hänen läheisensä tulevat tietoisiksi elämän rajallisuudesta, joka saattaa synnyttää epätoivoa sekä toivottomuutta. (Surakka ym. 2015, 111.) Kuolevan arkeen sisältyy myös paljon kysymyksiä ja epävarmuutta, joiden sietäminen potilaan rinnalla on vaativaa (Hietanen 2013, 63). Tällöin kaikki voimavarat ovat tärkeitä elämänhalun ja -voiman ylläpitämiseksi. Toivo antaa ihmiselle kyvyn jatkaa elämäänsä, huolimatta parantumattoman sairauden tuomista rajoitteista. Toivosta voidaan myös puhua toivon kohteina, jonkin toivomisenä. Siitä tulee esille toivon suuntautuneisuus tulevaisuuteen sekä sen tavoitteellisuus. Palliativisessa hoidossa saattavat toiveet kohdistua yhteisiin hetkiin läheisten kanssa ja ihmissuhteiden paranemiseen. Niitä ovat myös normaalin elämän eläminen mahdollisimman pitkään, oireiden lievitys ja hyvä hoito sekä rauhallinen kuolema. (Surakka ym. 2015, 111-112.)

Potilaan elämäntilanteeseen asettuminen on haastavaa. Ihmisen elämässä palliativisen hoidon vaihe merkitsee sen hyväksymistä, ettei hän itse voi vaikuttaa oman elämänsä kulkuun. Kontrollin tunteen menettämisellä on todettu olevan uhkaava vaikutus ihmisen toivolle. Kuitenkin toisaalta on myös todettu, että hyväksyminen elää sellaista elämää, kuin millaisena se tulee vastaa, vahvistaa toivoa. (Surakka ym. 2015, 112.)

Hoitohenkilökunnalla ja muilla potilaan lähellä olevilla henkilöt omaavat tärkeän roolin toivon säilyttämisessä. Potilaan tukeminen, hyvä oireiden hoitaminen, hoidon jatkuvuuden turvaaminen ja hyvät vuorovaikutustaidot torjuvat vaikeissa tilanteissa epätoivoa. (Hietanen 2013, 72.) Epätoivon sijaan tulisi keskittyä mahdollisuuksiin ja hänen olonsa mahdollisimman hyväksi tekemiseen. Auttamistavat ovat erilaisia riippuen potilaan terveydentilasta, mutta kuitenkin kaikissa tilanteissa on mahdollista olla läsnä, jopa kuoleman hetkellä. Potilasta saattaa auttaa ja mielialaansa kohottaa kuuntelu ja hänen huoliensa vastaanottaminen, joka perustuu potilaan ja hänen elämäntilanteensa tuntemiseen. (Surakka ym. 2015, 113.) Sairas haluaa yleensä itse valita mistä hän haluaa keskustella,

voinnista vai jostakin aivan muusta. Tämä selviää kysymällä ja kuulostelemalla herkällä korvalla. (Hietanen 2013, 62.) Potilaalta voi myös kysyä, mikä tai mitkä asiat tuovat hänelle mielihyvää ja niitä pyritään yhteistyössä toteuttamaan (Surakka ym. 2015, 113).

Läheisten tiedon saannin turvaaminen potilaan sairaudesta ja hoidoista sekä kuuntelu ja keskustelu vahvistavat heidän toivoaan, sillä niiden kautta he ymmärtävät paremmin potilaan tilannetta ja omaa rooliaan potilaan hoidossa (Aura 2008, 13). Parantumattomasti sairaan hyvä hoitaminen vahvistaa myös läheisen toivoa. Kun läheinen tietää, että hän voi luottaa hyvään hoitoon, silloinkin kun hän ei ole itse paikalla, uskaltaa hän ottaa omaa aikaa sekä levätä. Joillekin saattaa tärkeää olla, että he voivat osallistua perheenjäsenen hoitamiseen, kuten ruokailussa avustamiseen, kasvojen pesuun tai perheenjäsenelle lukemiseen. (Surakka ym. 2015, 114.)

## 8.5 Kuolemaan valmistautuminen

Kuolemaan valmistautuminen merkitsi osalle koko hoitoprosessin aikaista toimintaa sekä ratkaisuja oman elämän ja perheen tulevaisuuden suhteen. Se sisälsi myös konkreettisen kuoleman hetkeen valmistautumisen. Potilas valmistautui omaan kuolemaansa pohtimalla sitä niin itsensä kuin läheistensä näkökulmasta, muistelemalla jo edesmenneitä läheisiään ja suhteuttamalla oman kuolemansa vaikeutta vertaamalla sitä lasten kuolemaan. Elämän aikana näkemät levolliset kuolemat lohduttivat ja antoivat tunteen omasta kuolemasta levollisena ja rauhallisena. Potilas ei aina halunnut olla kuolinhetkellään läheistensä kanssa, vaan hän halusi kuolla yksin. (Anttonen 2016, 95.)

Kuolemissa hetken lähestyessä ihmisen ajatukset pyörivät ymmärrettävästi useiden vaikeiden ja ennen kokemattomien kysymysten parissa. Kunkin kuolevan kohdalla nuo pohdinnat ja kysymykset olivat yksilöllisiä, ja ne sisältyivät juuri tuon kyseisen ihmisen koettuun elämään. Elämän viimeiseen vaiheeseen on monissa tutkimuksissa todettu sisältyvän outoja ilmiöitä sekä kokemuksia, jotka saattavat tuoda



kuolevalle itselleen iloa ja lohdutusta. Ne ovat kuitenkin läheisille ja hoitohenkilökunnalle käsittämättömiä ja ristiriidassa tavanomaisten elämän ilmiöiden kanssa. Nämä ilmiöt ja kokemukset saattavat herättää ahdistusta ja pelkoa. Näistä kokemuksista tulisi kuitenkin keskustella, sillä ne ovat potilaalle tärkeitä ja todellisia sekä ne saattavat johtua siitä, että ihminen käsittelee sisimmässään useita kuolemaan liittyviä kysymyksiä. (Grönlund & Huhtinen 2011, 59-61.)

Jäähyväisten jättäminen kuoleman läheisyyden tietoisuudessa mahdollisti kertoa eletyn elämän arvosta sekä ihmisten merkityksistä toisilleen. Tällöin oli myös mahdollisuus anteeksipyyntöille, anteeksiannolle ja anteeksisaamiselle. Jäähyväiset olivat niin ihmisistä kuten myös rooleista, asioista, tietyistä tilanteista ja paikoista luopumista. Jäähyväisten jättäminen oli kuolevalle ”lähtöluvan” antamista sekä kuoleman odottamista. (Anttonen 2016, 96.)

## 8.6 Suru

Suru on normaali, yksilöllinen ja moniulotteinen prosessi. Surulla ajatellaan olevan kaksi keskeistä tehtävää: hyväksyä tämä ja sopeutua menetyksen aiheuttamiin sosiaalisiin ja emotionaalisiin ongelmiin. Suru on yksilöllistä ja siihen vaikuttavat useat tekijät kuten läheisen kuolintapa, suhde kuolleeseen ja erityisesti suhteen merkitys, tukiverkosto, surevan ikä, aikaisemmat selviytymiskeinot sekä surevan henkinen ja fyysinen terveys. Suru saattaa vaikuttaa surevan kaikkiin elämän osa-alueisiin: sosiaaliseen, fyysiseen, kognitiiviseen, käyttäytymiseen, tunnetasoon ja henkisyYTEEN. (Surakka ym. 2015, 99-100.)

Suru ei ole pysyvä, vaan se on voimaperäinen prosessi, joka ajan kuluessa muuttuu. Se ei etene vaiheesta toiseen, kuten aikaisemmin on käsitetty, vaan sureva saattaa kokea sekä negatiivisia että positiivisia tunteita samanaikaisesti, jossa vaihtelevat voimakas ja vähemmän voimakas suru. (Surakka ym. 2015, 100.)

Anttosen mukaan surun tunteiden tunnistamisessa helpotti, jos hoitosuhteen aikana oli ehditty käsitellä jo surun yksilöllisyyttä, ennakkokäsityksiä sekä suruun liittyviä erilaisia tunteita. Normaaaleita surun tunteita olivat itku ja ikävöiminen, syyllisyyden, vihan tai helpotuksen kokemukset. Perheenjäsenille läheisen kuolema oli helpompaa hyväksyä, kun he näkivät potilaan kärsimyksen päättyvän. (Anttonen 2016, 104.)

Surun läpi käyminen käsitetään prosessina, sarjana tehtäviä, jotka surijan tulee suorittaa osatakseen elää eteenpäin. Muistoista tulee vähitellen voimaa antavia, ja jollekin uudelle tulee tilaa. Kuva kuolleesta rakkaasta kulkee mukana, konkreettisesti sekä vertaiskuvallisesti. Surusta ei ole olemassa oikotietä, vaan sen läpi on uskallettava kulkea. Matka on usein pitkä, eikä kukaan ulkopuolinen voi määritellä toisen surun kestoa. Ulkopuoliset voivat auttaa surevaa eteenpäin myötätunnolla, lämmöllä ja kysymyksillä. (Aalto 2013, 74-75.)

Tutkimuksen mukaan sosiaalisella tuella oli yhteyttä surun kokemukseen ja tärkeimpiä tuen antajia olivat perheenjäsenet ja ystävät. Ennakkoletuksen mukaan sosiaalisen tuen koettiin auttavan puolison kuoleman jälkeen, mutta puolison kuolemaa surevia helpotti sen lisäksi mahdollisuus olla tukena toisille. Tuen antaminen ja sen saaminen koettiin auttavaksi. (Surakka ym. 2015, 101.)

## 8.7 Vertaistuki

WHO eli maailman terveysjärjestön määritelmän mukaan tuen tarjoaminen surevalle perheelle on luonnollinen osa palliatiivista hoitoa. Vielä hetki sitten, ei ollut olemassa hoitosuosituksia surun hoitoon palliatiivisissa hoitopalveluissa. Surututkimusten kasvava joukko ovat kartoittaneet suru reaktiota läheisen menetyksen jälkeen ja myös hankkineet tutkimuskentälle lupaavia interventioita. Näyttöön perustuvien interventio ohjelmien ja surevien tukemisen hoitosuosituksien tarve on tunnistettu ja tulokset alkavat nyt nousta esiin. (Guldin 2014, 137.)

Parantumattomasti sairas voi kuulua vertaistukea antavaan potilasjärjestöön tai liittoon. Sairauden edetessä ja kuoleman lähestyessä tulisi muistuttaa tai kertoa vertaistuen mahdollisuudesta varsinkin kotihoidossa. Useimmilta vertaistukea antavien toimijoiden sivuilta voi potilas ja hänen omaisensa saada arvokasta kokemuseräistä tietoa. Vertaistukea antavat syöpäjärjestöt, Hengitys- ja Sydäntauti-, Munuais- ja maksa- sekä Sydänliitto, Muistiliitto ja sen yhdistykset sekä Nuoret lesket ry. Yleisimmin niiden toiminta perustuu vapaaehtoisuuteen. Monilla eri yhteisöillä ja järjestöillä on myös tarjota omalla alueellaan vapaaehtoistoimintaa muun muassa puhelinpäivystyksenä tai vanhusten ystäväpalveluna. Suomen punainen risti, seurakunnat ja vapaaehtoissektorin toimijat ovat hyviä yhteistyötahoja pohdittaessa vapaaehtoistoiminnan mahdollisuuksia parantumattomasti sairaan hoitamisessa. (Surakka ym. 2015, 139-142.)

Potilas-, muun muassa syöpäjärjestöissä on lähdetty järjestelmällisesti kehittämään vapaaehtoistoiminnan käsitteistöä. Vertaistukijan tulisi olla samaa sairautta poteva, oman järjestönsä kouluttama henkilö. Hän on arjen sekä oman elämänsä kokemusasiantuntija; vain vertainen kykenee ymmärtämään, mitä kysymyksiä, tilanteita ja tunteita sairastunut kohtaa. Vertainen voi toimia myös tukena kuntoutuksessa ja apuna sopeutumisvalmennuksessa. Tavoitteena on saada sairastunut henkilö luottamaan omiin kykyihinsä elää oman näköistään elämää vakavan sairauden jälkeen tai sairaudestaan huolimatta. (Surakka ym. 2015, 139-140.)

Saattohoidossa vertaistukijana voi olla ainoastaan omaiselle, sen sijaan tukihenkilönä sekä vapaaehtoistyöntekijänä voi myös olla kuolevalle. Vapaaehtoistyöntekijät tekevät kaikkea sitä saattohoidossa, jota omaisetkin voivat tehdä: ulkoilevat, seurustelevat, kuuntelevat, hemmottelevat ja avustavat esimerkiksi ruokailuissa ja saunaan kuljetuksissa. Kotisaattohoidoissa voivat vapaaehtoistyöntekijät toimia samoilla periaatteilla. Saattohoidossa on aina myös omainen, joka itse kaipaa tukea, huomioon ottamista ja keskustelua. Vapaaehtoistyöntekijät ovat tässäkin hyvä apu henkilökunnalle. (Surakka ym. 2015, 140-141.)

Anttosen mukaan luopumisen vaikeuden kokeminen oli läheisen kuoltua luonnollista ja perheenjäsenet kokevat yksilöllisesti tuen tarpeellisuutensa. Tukea tarvitsevat saavat sitä perheenjäseniltä, ystäviltä ja muilta läheisiltä. Pitkässä hoitosuhteessa omaiset voivat turvautua potilasta hoitaneen yksikön hoitohenkilökuntaan. Kuitenkaan kaikilla ei ole kokemusta jakavia ihmisiä elämässään. Perheenjäseniä voidaan ohjata tarvittaessa sururyhmiin tai tarjota heille vertaistukea. (Anttonen 2016, 105-106.)

Kun perheenjäsen ei pystynyt pysähtymään kuoleman äärelle, hän jäi odottamaan oikeaa ajankohtaa kuoleman kohtaamiselle tai kun hoitohenkilökunta ohitti perheenjäsenen surun kliseisiin turvautumalla niin, saattoi tällöin luopumisen ja surun tunteiden käsitteleminen ilman toisten antamaa tukea olla mahdollista. (Anttonen 2016, 106.)

## 9 KUOLEMAN JÄLKEEN

Kuoleman hetkellä ihmisen sydän pysähtyy ja hengittäminen loppuu.

Kuoleman jälkeen suru, surun vastaanottaminen sekä lohduttaminen ovat ensimmäisinä asioina läsnä. Käytännön asioista huolehtiminen voi tuntua sillä hetkellä toisarvoisilta. Kuoleman jälkeen paljon asioita, joista läheisten on hyvä tietää ja mihin heidän on ryhdyttävä surunkin keskellä. (Anttonen 2016, 101; Kuoleman kohdatessa 2015.)

### 9.1 Vainajan laitto

Ihmisen kuolemaan ja kuoleman toteamiseen sekä kuolemanjälkeisiin toimiin liittyy paljon tiedottamista. Usein osastoilla tai hoitokodeissa hoitaja on vainajan luona ensimmäisenä. Läheisillä ei aina ole mahdollisuutta olla paikalla kuoleman hetkellä. Kuolemasta täytyy ilmoittaa lääkärille ja tarvittaessa sosiaalityöntekijälle. Vainajan läheisille kuolemasta ilmoitetaan heidän kanssaan sovitun käytännön mukaan. Kuolemasta ilmoittaminen lääkärille koskee yleensä ihmisen kuolleeksi toteamista ja esimerkiksi kuolinajan kirjaamista vainajan asiakirjoihin. Lääkärille on ilmoitettava aina, vaikka joissakin tapauksissa voi myös hoitaja aluksi todeta kuoleman. Jos potilas kuolee omassa kodissaan odotetusti, ilmoitetaan kuolemasta lääkärille, joko hoitavalle tai päivystävälle. Poliisille ei tarvitse soittaa odotetun kuoleman tullessa. Poliisille soitetaan vain yllättävissä ja epäselvissä kuolemantapauksissa. Vainajaa ei useimmitenkaan siirretä yöllä pois kotoaan. Vainajan siirtämisestä huolehtii hautaus toimisto. (Ridanpää 2006, 58-60, 66.)

Kuoleman jälkeisiin toimenpiteisiin kuuluu myös vainajan laitto. Vainajan laittoon on olemassa yksityiskohtaisiakin ohjeistuksia, liittyen esimerkiksi vainajan pesemiseen, pukemiseen ja asentoon. Vainajan laittoon on olemassa valmiita exitus-settejä, joihin kuuluu peitelakana, pitkä avopaita, sideharsoa leuan sitomista varten sekä tunnistuskortti. Vainaja voidaan sovitusti myös pukea hänen omiin vaatteisiinsa, esimerkiksi kotikuolemissa. Läheisten ja vainajan toiveet sekä uskonnollinen vakaumus on otettava huomioon vainajan hoidossa. Läheisillä on

halutessaan oikeus olla mukana vainajan laitossa, joko seuraamalla tai osallistumalla itse. Läheisille myös suodaan mahdollisuus vainajan hyvästelemiseen ilman kiirettä tai tuntirajoituksia. (Anttonen 2016,102; Kilpi 2011, 363; Ridanpää 2006, 63-64.)

## 9.2 Lääkärin tekemät toimenpiteet

Potilaan kuoleman jälkeen on lääkärin tehtävänä vielä kuoleman toteaminen ja kuolinsyyn selvittäminen. Potilaan kuolinsyy on lain mukaan selvitettävä aina. Palliatiivisessa hoidossa ja lopulta saattohoidossa oleville potilaille tehdään lääketieteellinen kuolinsyyselvitys kuoleman jälkeen, koska kuolinsyy on jo tiedossa. (Valvira 2008c.) Ruumiinavausta ei tehdä saattohoitopotilaille kuin aivan poikkeustapauksissa. Syy saattopotilaan oikeuslääketieteelliseen ruumiinavaukseen on yleensä ammattitauti. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2011, 532.)

Kuolintodistuksen lääkäri laatii, kun kuolinsyyn selvitys on saatettu loppuun. Kuolintodistus on ensisijaisesti vainajan oikeusturvan takaamiseen laadittava oikeuslääkinnällinen asiakirja. (THL 2016.)

Kuolintodistuksen lisäksi lääkäri antaa hautausluvan vainajan hautaamisesta huolehtivalle ja ilmoittaa väestörekisteriin sekä Terveiden ja hyvinvoinninlaitokselle kuolemasta. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos toimittaa kuolintodistuksen tilastokeskukselle tarkastuksen jälkeen. (Valvira 2008c.) Väestörekisteri ilmoittaa tiedon kuolemasta mm. Kelaan ja eläkelaitoksiin, verovirastoon sekä pankkeihin (Anttila ym. 2008, 532).

## 9.3 Omaisten toimet kuoleman jälkeen

Läheisen kuolema aiheuttaa muutoksia omaisten ja läheisten elämään. He tarvitsevat usein paljon tietoa käytännön asioiden järjestelemiseen. (Anttila ym. 2008, 532.)

Vaikka väestörekisterikeskuksen kautta välittyy tieto kuolemasta monelle taholle, niin omaisella on myös paljon asioita mistä huolehtia kuoleman jälkeen. Omaisen on syytä tehdä ilmoitus postiin, jotta posti ohjautuu

kuolinpesänhoitajalle. On myös hyvä muistaa lopettaa sosiaalisen median sekä muiden verkkopalveluiden tilit, jos läheisellä niitä oli. (Kela 2017.)

Pankkiin on myös kirjallisesti ilmoitettava kuolinpesänhoitaja, jotta voidaan varmistaa, ettei tiliä ja mahdollista tallelokeroa käytetä väärin (Kela 2017). Kuolinpesänhoitaja voi käyttää vainajan tiliä vainajan laskujen maksuun ja hautajaiskuluihin sekä hankkia perunkirjoitusta varten tarvittavia asiakirjoja. Perunkirjoituksella selvitetään vainajan varat ja velat sekä perilliset. (Esiohje vainajan omaisille 2017.) Perunkirjoitusta varten tarvitaan aukoton sukuselvitys vainajasta ja kuolinpesän osakkaiden virkatodistukset. Perunkirjoitus on tehtävä kolmen kuukauden sisään kuolemasta ja se on toimitettava verotoimistoon. (Anttila ym. 2008, 533.)

Jos vainajalla on ollut voimassa oleva henkivakuutus tai muu vakuutus, niin vakuutusyhtiöön täytyy tehdä ilmoitus, jotta voidaan hakea vakuutuskorvausta. Vainajan työnantajalle on annettava tieto kuolemasta, jolloin työnantaja voi hakea omaiselle korvausta ryhmähenkivakuutuksesta. Kelasta omainen voi hakea leskeneläkettä tai lapseneläkettä, jos omaisella on siihen oikeus. (Kela 2017.)

Vainajan asunnon sekä muun omaisuuden vakuutukset on siirrettävä kuolinpesänhoitajan tai muun perinnönsaajan nimiin. Myös asunnon vesi-, sähkö- ja jätehuoltosopimukset on siirrettävä toisiin nimiin. Vuokra-asunnon jäädessä tyhjilleen on omaisten tai kuolinpesänhoitajan muistettava irtisanoa vuokrasopimus. (Kela 2017.)

Hautajaisjärjestelyt voi omainen huolehtia itse tai antaa hautaustoimiston hoitaa järjestelyt. Hautaaminen edellyttää hautauslupaa, joka toimitetaan hautajaisjärjestelyistä vastaavan toimesta seurakuntaan. Kaikista hautajaisiin liittyvistä asioista voi kuitenkin sopia, vaikka lupaa ei olisi vielä saatu. On hyvä muistaa, että samanlainen oikeus hautapaikkaan on myös kirkkoon kuulumattomilla kuin seurakunnan jäsenillä. (Hautajaisten järjestäminen 2015.)

Vainajan hautauskulut maksetaan pääsääntöisesti hänen varoistaan. Sosiaalitoimesta voidaan kuitenkin hakea avustusta hautaamiseen, jos

vainajalla ei ole varoja. (Esiohje vainajan omaisille 2017.)

Hautausavustusta voi myös saada valtionkonttorista, jos vainaja on sotainvalidi ja hänellä on vähintään 20 prosentin invaliditeetti. Ilmoituksen valtionkonttoriin voi Sotainvalidiliitto tehdä omaisen puolesta. (Hautajaisten järjestäminen 2015.)



## 10 HYVÄ POTILASOPAS

Kirjallisia potilasoppaita käytetään paljon suullisen ohjauksen tukena. Niitä pidetään hyödyllisinä tiedonlähteinä potilaille sekä omaisille, koska tiedonsaanti on heille tärkeää sairauden jokaisessa vaiheessa. (Arjatmaa 2016, 2; Kääriäinen 2007, 35.)

Laadukkaat potilasoppaat laaditaan potilaslähtöisesti potilaan näkökulmasta. Kohderyhmä on tarkoin harkittu ja ilmoitettu, jolloin ne sisällöltään parhaiten vastaavat potilaan tarpeisiin. Oppaat tarjoavat ajankohtaista, mutta myös mahdollisimman vähän tunteisiin vetoavaa tietoa. Hyvät potilasoppaat ennemminkin neuvovat, rohkaisevat ja kehottavat potilaita ja omaisia toimimaan heille parhaalla mahdollisella tavalla sekä ottamaan enemmän vastuuta hoidosta. Pelkät hyvät neuvot ja ohjeet eivät riitä, tieto on myös pystyttävä perustelemaan. Potilaslähtöiset oppaat eivät sisällä tiukkoja määräyksiä ja kieltoja. Teksti ei saa olla liian vaikeasti kirjoitettua ja vierasperäisten sanojen sekä terveydenhuollon ammattiterminologian käyttöä on syytä välttää. Vieraat ja vaikeat sanat vaikeuttavat asioiden ymmärtämistä. Ne myös lisäävät väärinkäsitysten riskiä ja vähentävät mahdollisesti motivaatiota aihetta kohtaan. Myös liian yksityiskohtainen tieto voi sekoittaa ja ahdistaa lukijaa. Potilasoppaan tekstin tulisi olla helposti ymmärrettävää, selkeää äidinkieltä sekä sanastoltaan selkeässä ja yksiselitteisessä muodossa. (Arjatmaa 2016, 13, 41; Hyvärinen 2005, 1770, 1772; Kääriäinen 2007, 35; Leino-Kilpi & Salanterä 2009, 6-7.)

Hyvät potilasoppaat tulisi olla ulkoasultaan selväpiirteisiä ja helposti luettavia. Tekstin selkeä kirjasintyyppi ja tarpeeksi suuri kirjasinkoko ovat edellytyksiä selkeälle oppaalle. Lisäksi tekstin asettelulla sekä tiedon jäsentelyllä on merkitystä tekstin luettavuuteen. Selkeillä otsikoilla ja väliotsikoilla lukija hahmottaa millaisista asioista opas koostuu ja tiedonhaku helpottuu. Otsikointi voi olla yhden sanan sisältäviä otsikoita tai kertovia, eli toteamuksia ja kysymyksiä. Väliotsikoiden määrää kannattaa harkita, sillä ne saattavat silputa tekstin liian pieniin osiin. Väliotsikon alla olisi olla vähintään kaksi kappaletta. Tekstin kappaleiden ei tulisi olla yli

kymmensenttisiä, sillä ne tekevät tekstistä hyvin raskaslukuista. Tekstin lauseiden pitäisi olla ymmärrettäviä kertalukemalla. Liian pitkät lauseet ovat rakenteeltaan hankalia ja usein lukija joutuu palaamaan lopusta alkuun ymmärtääkseen asian. Lauserakenteista toimivin on lause, jossa on päälause ja sivulause. Päälauseessa kerrotaan tärkein asia ja täydentävä asia sivulauseessa. Kappaleisiin kirjoitetun tekstin ohella voidaan käyttää luettelmia, joiden asiat on erotettu toisistaan esimerkiksi pallolla tai viivalla. Luettelmiin avulla tärkeitä asioita voidaan nostaa hyvin esiin. Luettelmiin käytössä on myös muistettava kohtuus, sillä liian pitkät luettelmatkin voivat muuttaa oppaan vaikealukuisiksi. Erilaisista kuvista ja taulukoista voidaan myös saada apua tekstin ymmärrettävyyden tueksi. (Hyvärinen 2005, 1770-1772; Leino-Kilpi & Salanterä 2009, 7.)

Potilasoppaiden pituudelle ei ole olemassa varsinaista suositusta. Pituudet vaihtelevat hyvin paljon aihealueiden mukaan. Useimmat lukijat kuitenkin puoltavat lyhyitä tekstejä. (Hyvärinen 2005, 1772.)

## 11 HANKKEEN TOTEUTTAMINEN

Kokonaisuudessaan opinnäytetyöhankkeen toteuttaminen oli pitkä prosessi. Työskentelyyn kului odotettua kauemmin aikaa ja työskentelyä hidastavia tekijöitäkin oli joihin ei aina osattu varautua. Aikaa vei työn jatkuva arviointi ja työstäminen työn eri vaiheissa. Lopputuloksena tuotettiin potilasopas toimeksiantajamme käyttöön. Opasta arvioivat useat eri henkilöt useaan otteeseen, jotta työskentelystä saatiin paras mahdollinen lopputulos.

### 11.1 Hankkeen suunnittelu

Opinnäytetyön aihe valittiin keväällä 2016. Palliatiivinen hoitotyö on aiheena puhututtanut paljon ja herättää erilaisia tunteita, joten aihe oli ajankohtainen. Yhteyttä otettiin ensimmäisenä Päijät-Hämeen keskussairaalan syöpätautien poliklinikalle olisiko heillä tarvetta potilasoppaalle. Sieltä ohjattiin ottamaan yhteyttä hiljattain toimintansa aloittaneelle palliatiiviselle poliklinikalle. Palliatiivinen poliklinikka oli kiinnostunut ajatuksesta ja lähtivät mukaan hankkeeseen, sillä heillä ei vielä ollut vastaavanlaista opasta. Opinnäytetyöprojektiin ilmoitauduttiin mukaan keväällä 2016. Syksyllä 2016 pidettiin ensimmäinen tapaaminen opinnäytetyön ohjaajan kanssa, jossa suunniteltiin aihealueen sisältöä. Samana syksynä pidettiin opinnäytetyön ideointipaja ja tavattiin toimeksiantaja. Toimeksiantajan kanssa käytiin läpi heidän toiveitaan ja ajatuksiaan oppaan suhteen. Suunnitelmaseminaariin osallistuttiin keväällä 2017, jossa saatiin palautetta opettajalta ja vertaisopponoitsijoilta. Toimeksiantosopimus allekirjoitettiin keväällä 2017. Julkaisuseminaari pidettiin toukokuussa 2017.

Yhteistyökumppanina toimiva Palliatiivinen poliklinikka kertoi omat toiveensa oppaan suhteen. He toivoivat helppolukuista ja ennen kaikkea tiivistä tietopakettia palliatiivisesta hoidosta. Oppaan kohderyhmä olisi palliatiivisen poliklinikan asiakkaat sekä asiakkaiden läheiset. Oppaassa asiat esitettäisiin lyhyesti, menemättä liian tarkkoihin yksityiskohtiin. Oppaan ulkoasusta, asettelusta ja mahdollisista kuvista heillä ei ollut

erityistoiveita. Vertailuoppaana he esittivät 52 sivuisen oppaan, joka oli heidän mielestään aivan liian pitkä ensitiedoksi luettavaksi. Tämän laajemman oppaan rinnalle he toivoivat sivumäärältään pienempää opasta. Opas ei ole heidän poliklinikkansa esite, joten heidän yhteystietojen liittäminen oppaaseen ei ole heille välttämätöntä. (Vallittu-Lankinen 2016.)

Työtä suunniteltaessa tutustuttiin kirjalliseen materiaaliin palliatiivisen hoidon eri osa-alueista, jolloin opinnäytetyön teoreettinen sisältö selkiytyi ja rajautui. Tiedonhakuvälineinä käytettiin erilaisia kirjoja ja tietokantoja: Medic, Terveysportti, Terveyskirjasto, Tampub, Jultika, Chinal, Cochrane library, Finlex, Käypähoitosuositukset ym. Hakutuloksista valittiin näyttöön perustuvia tutkimuksia ja artikkeleita, joita käytettiin hyödyksi. Lähteistä rajattiin pois AMK-tasoiset opinnäytetyöt sekä yli 10 vuotta vanhat lähteet. Poikkeuksena työssä on käytetty muutamaa 10 vuoden rajan ylittävää lähdettä, näissä lähteissä tieto ei kuitenkaan ole muuttunut merkittävästi. Lähteitä etsittiin lisää koko ajan tekstiä kirjoitettaessa.

Palliatiivisesta hoidosta kerrottiin miksi hoitoon päädytään ja mitä hoitoon sisältyy ja mitä siihen ei sisälly, millaisia palliatiivisia hoitomenetelmiä käytetään, kivun mekanismit ja tyypillinen lääkehoito ja hyvä perushoito. Lopuksi mukaan otettiin vielä potilaan ja hänen omaistensa psyykkisen tukemisen osana hoitoa. Lyhyesti on käyty vielä läpi mitä toimenpiteitä kuoleman jälkeen tehdään lääkärin ja omaisten toimesta. Opinnäytetyön teoriapohjaa on ohjaillut se mitä toimeksiantaja halusi sisältävän oppaaseen.

## 11.2 Oppaan toteuttaminen

Teorian kirjoittaminen aloitettiin syksyllä 2016. Teoriatiedon ollessa valmis keväällä 2017 tutustuttiin hyvän oppaan kriteereihin, jolloin oppaan suunnittelu ja tekeminen tapahtuivat löydetyn tiedon pohjalta. Oppaan suunnittelussa huomioitiin mm. kieliasu, ulkonäkö ja sisältö. Oppaan valmistuessa se lähetettiin hyväksyttäväksi toimeksiantajalle ja opinnäytetyötä ohjaavalle opettajalle. Toimeksiantajalta varmistettiin vielä,

onko heillä pakollisia vaateita oppaan suhteen esim. logo, värimaailma, muiden heidän käyttämien yhteistyökumppaneiden yhteystietoja ym., jotta tarvittavat muutokset voidaan vielä tehdä. Heillä ei ollut erityisiä toiveita näihin asioihin liittyen. Oppilaitos halusi oman logon oppaaseen esille.

Ensimmäisestä versiosta oppaasta palaute saatiin sähköpostitse yhteistyökumppanilta. He eivät kokeneet tarpeelliseksi kertoa vertaistuesta ja kuoleman jälkeisistä asioista. Opasta muokattiin vielä toiveiden mukaiseksi, joten vertaistuki ja kuoleman jälkeiset asiat poistettiin oppaasta. Kyseiset aihealueet haluttiin kuitenkin jättää opinnäytetyön teorian tietoon mukaan, sillä ne koettiin tärkeäksi. Opasta luetutettiin myös kolmella henkilöllä, jotka eivät olleet hoitotyön ammattilaisia, jotta ammattisanasto saatiin karsittua kokonaan pois. Kommentteja tuli joistakin sanoista, joita ei osattu ajatella maallikoille vaikeiksi. Opinnäytetyötä ohjaavilta opettajilta saatiin palautteeksi hioa kieliasua vielä pehmeämmäksi ja miettiä aiheiden esittämisjärjestystä. Aiheiden esittäminen oppaassa muutettiin niin, että ensin siinä kerrotaan kuoleman läheisyyden aiheuttamista tunteista ja niissä tukemisesta. Aiheina ehkä raskaimmat eli mahdollisien oireiden lievitys ja palliatiiviset toimenpiteet esitellään vasta lopussa. Myös kuvia toivottiin oppaaseen lisää.

Oppaan toista versiota esiteltiin ja arvioitiin paikan päällä yhteistyökumppanin luona. Palliatiivisen poliklinikan sairaanhoitaja ja lääkäri olivat sitä mieltä, että oppaasta jätetään vielä pois läpilyöntikipu ja sedaatio. Kieliasua he halusivat vielä hieman pehmeämmäksi, mutta kuitenkin asiat tulee tuoda esille suoraan ja rehellisesti. Näin ollen asioita ei voi liikaa kaunistella tai kierrellä. Oppaaseen alun perin valittu toinen runo poistettiin poliklinikan toiveesta. Toivoiden mukaiset korjaukset tehtiin ja viimeiseen oppaan versioon oltiin tyytyväisiä.

Viimeistelty opas annettiin Päijät-Hämeen palliatiiviselle poliklinikalle heidän haluamassaan sähköisessä muodossa Publisher ohjelman kautta, jotta he pystyvät tulostamaan opasta oman tarpeensa mukaan. Tiedostoa ei muutettu heille PDF-muotoon, sillä he halusivat jatkossa mahdollisuuden muokata opasta tiedon tai käytänteiden muuttuessa.

### 11.3 Valmiin oppaan esittely

Oppaan ensisijaiset kohderyhmät ovat palliatiivisen hoidon asiakkaat sekä heidän läheisensä. Oppaan (LIITE 1) kirjoitusasusta on karsittu pois ammattisanasto, joten maallikon on helppo ymmärtää sitä. Opioidi sanana on selitetty, koska se voi olla joillekin tuntematon käsite. Tekstissä on käytetty opioidi sanaa sellaisenaan, koska sen korvaaminen hankaloitti tekstin ymmärrettävyyttä. Tärkeäksi ominaisuudeksi nousi, että ensitiedon oppaassa asioiden pääpiirteet ovat selkeästi esillä ja liian yksityiskohtaiset tiedot on jätetty tekstistä pois. Oppaassa ei ole kieltoja tai käskyjä, asiat ovat esitetty neutraalissa muodossa. Teksti on melko suoraa ja rehellistä, mutta olemme pyrkineet huomioimaan oppaan lukijoiden elämäntilanteen, joten liian rankat ilmaisut on esitetty pehmeästi. (Arjatmaa 2016, 13, 41; Hyvärinen 2005, 1770, 1772; Kääriäinen 2007, 35; Leino-Kilpi & Salanterä 2009, 6-7.)

Oppaan kirjasintyypiksi valikoitui Candara, fonttikoolla 14, sillä se on tyyliltään selkeä ja helppolukuinen. Oppaan tekemisessä hyödynnettiin Publisher ohjelman kuvastot mallia. Kuvastot mallista kooksi valikoitui ½ A4-kirjanen 14,8 x 21 cm. Raskaita tekstiosuuksia on kevennetty käyttämällä luetteluita. Oppaan sivut ovat pohjaltaan valkoisia, teksti on mustaa selkeälukuisuuden vuoksi ja korostusvärinä toimii sininen. Sininen on neutraali ja rauhallinen väri, aiheen ollessa itsessään tunteita herättävä. Kuvia on käytetty mielenkiinnon kohottajina tekstiä kohtaan. Tekijänoikeudellisista syistä käytettiin omia valokuvia. Omista valokuvista käyttöön valikoitui luontoaiheisia kuvia. Jokainen voi tulkita kuvia haluamallaan tavalla, mutta kuvista yritettiin valikoida kauniita kuvia, jotka voivat herättää myös ajatuksia. Loput kuvat lisättiin työhön niin sanotun ”hukkatilan” täyttämiseksi. Oppaaseen on liitetty yksi runo. Runo on sijoitettu takakanteen. Runo kuvastaa elämän jatkumista, epävarmuutta tulevasta ja kuoleman kohtaamista. (Hyvärinen 2005, 1770-1772; Leino-Kilpi & Salanterä 2009, 7.)

Otsikointi on oppaassa selkeää ja jäsenteleä aihealueita. Vaikka hyvän oppaan kriteereihin kuuluu, että väliotsikon alle tulee vähintäänkin kaksi

kappaletta, joissakin aihealueissa käytettiin vain yhtä kappaletta. Väliotsikoiden pois jättäminen olisi tehnyt tekstistä todella raskaslukuista, joten jokaisessa väliotsikossa ei ole huomioitu kahden kappaleen sääntöä. Yhteistyökumppanimme toive oli tiivistetty sisältö, joten tämän vuoksi oppaan kappaleita tiivistettiin reilusti. (Hyvärinen 2005, 1770-1772; Leino-Kilpi & Salanterä 2009, 7.)

Oppaan sisältö valikoitui keskeisimmistä teemoista palliatiivisen hoidon ympäriltä. Opas alkaa osiosta, jossa kerrotaan ketkä oppaasta hyötyvät ja palliatiivisen sekä saattohoidon käsitteet avataan. Oppaan pääpaino on keskitetty potilaan ja hänen läheistensä muuttuneen elämäntilanteen aiheuttamiin erilaisiin tunteisiin. Esille tuodaan keinoja käsitellä vaikeita tunteita ja keinoja oppia elämään parantumattoman sairauden kanssa. Toivolla on merkitystä potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatuun, joten toivoa ylläpitäviä tekijöitä on tuotu esille. Seuraavaksi käsitellään lyhyesti erilaisia kiputyyppejä ja niiden lääkehoitoa. Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä lääkehoidon tueksi on myös lyhyesti esitelty. Lopuksi oppaassa käsitellään hyvää oireiden lievitystä ja millaisia hoitomenetelmiä palliatiiviseen hoitoon kuuluu. Lopussa on tilaa omille tai hoitajan muistiinpanoille. Viimeiselle sivulle on laitettu oppaan tekijöiden nimet sekä yhteistyökumppani.

#### 11.4 Valmiin oppaan arviointi

Itse arvioimme onnistuneemme saamaan tiedon riittävän tiiviiksi paketiksi ensitiedon antamista varten. Jälkeen päin askarruttavia asioita voi myöhemminkin käsitellä ja niistä keskustella hoitohenkilökunnan kanssa. Muistiinpanokohta oli jätetty juurikin tällaisia tilanteita varten. Itse koimme vertaistuen tärkeäksi osaksi tuen antamista, joten se olisi ollut oleellinen osa palliatiivista hoitoa. Kuoleman jälkeiset toimet ovat myös monille vieraita ja epäselviä asioita, joten olisimme halunnut siihen liittyviä konkreettisia toimia oppaaseen avata. Noudatimme kuitenkin yhteistyökumppanimme toiveita ja kunnioitimme niitä omista mielipiteistä

huolimatta, sillä poliklinikalle opas on käyttöön menossa eikä meidän jaettavaksemme.

Onnistuimme melko hyvin muuntamaan käytetyn sanaston maallikollekin ymmärrettäväksi. Mietityttämään toisin jäi vielä käytössä oleva ”epiduraaliteitse lääkitseminen”, mutta päädyimme sanan pitämään sellaisenaan, koska suomennos siitä oli todella hankalan kuuloinen. ”Epiduraaliteitse lääkitseminen” on useimmalle maallikoillekin tuttu käsitteenä esim. synnytyksen tai leikkauksen yhteydessä.

Ulkonäöllisesti onnistuimme saamaan oppaasta siistin ja selkeän. Kuvien asettelussa onnistuimme siinä mielessä, että ne eivät häiritse tekstin luettavuutta, vaikka käytössä olisikin vain mustavalkotulosteet. Kuvat eivät ole ketään loukkaavia, eivätkä perustu henkilökohtaisiin uskomuksiin tai vakaumuksiin. Sivuille emme halunneet lisätä mitään väripohjia, vaikka ne olisivatkin teemaan sopivia olleet. Väripohjat olisivat voineet vaikuttaa tekstin selkeyteen tulostusmahdollisuuksista riippuen.

Olimme saamallamme palautteelle avoimia ja pohdimme sitä tarkkaan. Loppujen lopuksi kuitenkin itse valitsimme, mitkä palautteen kohdat olimme valmiita muuttamaan ja miten perustelemme sen mitä emme ole halunneet muokata. Olemme pyrkineet myös perustelemaan valintojamme kirjallisesti hankkeen toteuttamisessa.



## 12 POHDINTA

Hankeprosessi on ollut mielenkiintoinen kokonaisuus. Prosessin alussa suunnitelmalla oli tehdä opas palliatiivisesta hoidosta potilaalle. Hetken aikaa teorian tietoa työstäessämme ymmärsimme läheisten merkityksen keskeisenä osana palliatiivista hoitotyötä, jolloin otimme läheisen näkökulman mukaan. Meitä on motivoinut suuresti ajatus siitä, että työskentelystä on konkreettista apua oppaan kautta kohderyhmälle.

Oppaasta tuli selkeä ja helppoluinen. Opas on tehty potilaslähtöisesti, joten kohderyhmän on helppo ymmärtää tekstin sisältö. Teoreettinen tieto kattaa ensitiedon palliatiivisesta hoidosta, mutta se ei välttämättä anna vastausta kaikkiin mieltä askarruttaviin kysymyksiin. Palliatiivinen hoito aihealueena on laaja, mikä vaikeutti aiheen rajaamista. Aiheen löytymisen jälkeen sitä on rajattava niin, että sen kautta voidaan tuoda esille mitä halutaan työllä osoittaa (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 81).

Mielestämme oppaaseen valikoituivat oleelliset hoidon kulmakivet ja onnistuimme painottamaan kuoleman läheisyyden aiheuttamia tunteita ja tukemisen tärkeyttä. Jäimme kuitenkin miettimään, osasimmeko rajata aihealuetta riittävästi tärkeitä tietoja unohtamatta. Haasteena kirjoittamisessa on ollut tuotetun tekstin selkeys sekä helppolukuisuus. Oma kirjoittamaa tekstiä lukiessa sille jonkin verran sokeutui, joten arvioimme toistemme tuottamaa tekstiä.

Lähteiksi valitaan mahdollisimman tuoreet lähteet, sillä tutkimustieto muuttuu nopeasti. Uusimmat tutkimukset yleensä sisältävät aiempien tutkimusten kestävän tiedon. Lähdeviitteissä ja lähdeluetteloissa toistuvat samat tekijät viestivät yleensä olevansa tunnettuja kyseisellä alalla. (Vilka & Airaksinen 2003, 72-73.) Olemme valinneet vain luotettavia lähteitä. Oppinäytetyön luotettavuutta on lisännyt tuoreiden tutkimusten, käypähoitosuosituksien, väitöskirjojen ja muiden lähteiden käyttö. Ongelmana oli palliatiivisen hoidon ja saattohoidon päällekkäisyys käsitteinä. Saattohoidosta löytyi enemmän ja tarkemmin kuvattua tietoa kuin palliatiivisesta hoidosta. Lähteiden ajankohtaisuus tuotti myös ajoittain hankaluuksia lähteiden valintaan, sillä hyviä lähteitä täytyi karsia

pois tuotoksen ollessa yli kymmenen vuotta vanha. Tekstikappaleissa on käytetty useita lähteitä, jotta tieto olisi mahdollisimman luotettavaa. Lähteitä valikoidessa tulivat vastaan usein seuraavat nimet Hänninen, Hamunen ja Heiskanen, joten teorialiedon kirjoittamisessa suosittiin heidän kirjoituksiaan.

Opinnäytetyömme ei ole tutkimus, joten johtopäätöksistä ei aiheudu tulkinnanvaraisuutta. Lain mukaan tekstin plagiointi on kielletty ja suorat lainaukset tulee aina merkitä asianmukaisin lähdeviittein (Hirsijärvi ym. 2009, 26). Tekstimme on asiapitoista ja suoria lainauksia on pyritty välttämään.

Tutkimuksen lähtökohtana on kunnioittaa ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta (Hirsijärvi ym. 2009, 25). Eettisyyden vuoksi olemme oppaassa kunnioittaneet kohderyhmän yksilöllisyyttä, esim. emme ole tuoneet mitään uskonnollisia näkökulmia esille. Oppaan teksti on kirjoitettu mahdollisimman hienovaraisesti, mutta emme ole kierrelleet aiheiden esille tuomista vaan olemme kirjoittaneet ne rehellisesti.

Oppaasta saatu todellinen hyöty jää vielä tässä vaiheessa epäselväksi. Saatava hyöty selkiintyy vasta, kun opasta aletaan konkreettisesti jakamaan eteenpäin. Jatkokehittämis ehdotuksena olemme miettineet, että oppaasta saatua hyötyä voitaisiin arvioida potilaan ja hänen omaistensa toimesta. Opasta voitaisiin jakaa myös Päijät-Hämeen alueella muiden hoitoyksiköiden toimesta. Näin ollen opas kulkeutuisi laajemmalle alueella paremmin kohderyhmän tavoitettaviin. Tällöin tietämys aiheesta lisääntyisi ja oppaasta saatu hyöty kasvaisi.

Anttonen (2016), Surakka ym. (2015) ja Grönlund & Leino (2008) mukaan perhe on oleellinen osa palliatiivista hoitotyötä. Se on oleellinen voimavara parantumattomasti sairastuneelle. Potilaalle ja hänen läheisilleen annettu tuki sekä toivon ylläpitäminen ovat merkittävässä roolissa elämänlaadun ylläpitämisessä. Hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää näihin huomiota hyvän hoitosuhteen luomiseksi. Hyvä hoitosuhde edellyttää luottamusta, mikä lisää osapuolten hyvää vuorovaikutusta, jolloin hoitosuhteesta tulee

kaikille osapuolille mielekkäämpi. Potilaan ja omaisten luottaessa saavansa hyvää hoitoa heidän huolensa ja pelkonsa kevenevät. Kuoleman läheisyys perheessä aiheuttaa monia pelottavia tai epätyypillisiäkin tunteita, jonka vuoksi niistä puhuminen on tärkeää. Kaikki koetut tunteet ovat sallittuja. Riittävä ja varhainen tiedon saanti omasta tai läheisen sairaudesta on tärkeää, jotta aikaa olisi riittävästi lähestyvän kuoleman käsittelyyn. Suru on yksilöllinen ja pitkä prosessi, jonka käsittelyssä jotkin ihmiset saattavat tarvita apua ja tukea. Hoitohenkilökunnan tulisi tarjota keskusteluapua ja ohjata vertaistuen piiriin.

## LÄHTEET

Aalto, K. (toim.). 2013. Surevan tukeminen. Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki: Kirjapaja.

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2011. Kuoleman virallinen puoli. Sairaanhoido ja huolenpito. Helsinki: WSOY pro Oy 8.-9. painos.

Anttonen M. 2016. Kuoleman vaikeuden lievittäminen kuoleman todellisuuden kohtaavassa ja ohittavassa saattohoidossa – substantiivinen teoria saattohoidosta potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto [viitattu 27.2.2017]. Saatavissa:

<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98745/978-952-03-0066-1.pdf?sequence=1>

Arjatmaa, R. 2016. Potiluus oppaissa. Syöpäpotilaiden sisällön analyysi. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö [viitattu 30.3.2017]. Saatavissa:

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98897/GRADU-1462183501.pdf?sequence=1>

Aura, M. 2008. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma [viitattu 21.4.2017.] Saatavissa:

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80372/gradu03374.pdf?sequence=1>

Bjong, J. 2017. Meillä jokaisella on oikeus fysioterapiaan [viitattu 1.4.2017]. Saatavissa:

<http://www.muuttolintu.fi/Fysioterapia%20saattohoidossa%20ARTIKKELI524a.pdf?Dokumentti>

Esiohje vainajan omaisille 2017. Suomen hautausseurain liitto ry [viitattu 14.3.2017]. Saatavissa:

<http://www.hautaustoimistojenliitto.fi/hautaustoimistojen-palvelut/ensiohje-vainajan-omaisille>

Friman P. 2015. Syöpäpotilaan palliatiivinen hoito. Terveysportti.

Sairaanhoitajan käsikirja [viitattu 11.1.2017]. Saatavissa:

[http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=palliatiivinen%20hoito](http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=palliatiivinen%20hoito)

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuoleman läheisyys. Kuolevan hyvä hoito. 1.painos. Edita Prima. Helsinki 2011.

Grönlund, A. & Leino, T. 2008. Hoitoneuvottelu - saattohoidon tärkeä työväline. Teoksessa Grönlund, E., Anttonen, M-S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoitaja ja kuolevan hoito. Sairaanhoitajaliitto. Suomen sairaanhoitajaliitto oy, Helsinki. Silverprint Oy, Sipoo 2008.

Guldin, M-B. 2014. Complicated grief – a challenge in bereavement support in palliative care: An update of the field. Vol 22. No. 3. 137 [viitattu 3.4.2017]. Saatavissa:

<http://web.b.ebscohost.com.aineistot.lamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=abf76884-2ac3-448e-bbc3-a527fcc5ed43%40sessionmgr104&hid=124>

Haanpää, M. 2007. Neuropaattisen kivun hoito-opas. Käypähoitosuositus. Duodecim [viitattu 4.4.2017]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00086>

Hakala, K. 2017. Eutanasia – kansalaisaloite. Eduskunta [viitattu 7.3.2017]. Saatavissa:

[https://www.eduskunta.fi/FI/tietoaeduskunnasta/kirjasto/aineistot/kotimainen\\_oikeus/LATI/Sivut/eutanasia-kansalaisaloite.aspx](https://www.eduskunta.fi/FI/tietoaeduskunnasta/kirjasto/aineistot/kotimainen_oikeus/LATI/Sivut/eutanasia-kansalaisaloite.aspx)

Halila, R & Mustajoki, P. 2016. Hoitotahto-käytännön ohjeita. Duodecim. Terveyskirjasto [viitattu 10.3.2017]. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00809](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00809)

Hamunen, K., Heiskanen, T. & Idman, I. 2009. Syöpäkivun hoidon kolme tasoa. Suomen Lääkärilehti 64, 42, 3413-3421 [viitattu 13.3.2017].

Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi.aineistot.lamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/syopakivun-hoidon-kolme-tasoa/>

Hamunen, K., Heiskanen, T. & Kalso, E. 2007. Miten palliatiivinen sedaatio toteutetaan. Suomen Lääkärilehti 62, 44, 4105 [viitattu 26.2.2017].

Saatavissa:

<http://www.fimnet.fi.aineistot.lamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2007/SLL442007-4105.pdf>

Hannuksela-Svahn, A.2014. Imunestekierron häiriö (lymfedeema)-krooninen turvotus. Terveyskirjasto. Duodecim [viitattu 27.3.2017].

Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00622&p\\_hakusana=lymfödeema](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00622&p_hakusana=lymfödeema)

Hautajaisten järjestäminen 2015. Suomi.fi [viitattu 15.3.2017]. Saatavissa:

[http://www.suomi.fi/suomifi/suomi/palveluoppaat/ikaantuvan\\_palveluopas/kuoleman\\_kohdatessa/hautajaisten\\_jarjestaminen/index.html](http://www.suomi.fi/suomifi/suomi/palveluoppaat/ikaantuvan_palveluopas/kuoleman_kohdatessa/hautajaisten_jarjestaminen/index.html)

Heikkinen, K., Kauppila, M., Murtola, L-M., Salanterä, S. & Siltanen, H. 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisen kivun hoitotyö-Hoitotyön suositus. Hotus [viitattu 1.4.2017]. Saatavissa:

[http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito\\_suositus.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf)

Heiskanen, T., Hamunen, K. & Hirvonen, O. 2013. Kipu palliatiivisessa hoidossa. Duodecim [viitattu 13.3.2017]. Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/xmedia/duo/duo10822.pdf>

Hietanen H. 2016. Painehaavojen ehkäisy. Terveysportti. Sairaanhoidajan käsikirja [viitattu 11.1.2017]. Saatavissa:

[http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/koti?p\\_haku=palliatiivinen%20hoito](http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/dtk/shk/koti?p_haku=palliatiivinen%20hoito)

Hietanen, P. 2013. Toivon ylläpitäminen kuolevan potilaan hoidossa. Teoksessa Aalto, K. (toim.) Saattohoito kuolevan tukena. Helsinki 2013.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

Holmes, S. 2011. Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic. Primary Health Care. 21, 6, 32-38, 34-35 [viitattu 12.4.2017].

Saatavissa:

<http://web.b.ebscohost.com/aineistot.lamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=c4615d83-5db5-4872-999d-6da2759a0262%40sessionmgr103&hid=115>

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje?. Duodecim 121, 1769–73 [viitattu 8.4.2017]. Saatavissa: <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95167.pdf>

Hänninen, J. 2015. Kuolevan kipu. Fimea [viitattu 13.3.2017]. Saatavissa: [http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4\\_2015/kipu/kuolevan-kipu](http://sic.fimea.fi/arkisto/2015/4_2015/kipu/kuolevan-kipu)

Hänninen, J. 2007;123(18):2207-13. Palliatiivinen sedaatio - viimeinen keino kärsimysten hoidossa. Duodecim. Lääkärin tietokannat [viitattu 24.2.2017]. Saatavissa:

[http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo96746&p\\_haku=palliatiivinen%20sedaatio](http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo96746&p_haku=palliatiivinen%20sedaatio)

Hänninen, J. 2008. Saattohoitopotilaan kärsimys. Suomen Lääkärilehti 63, 33, 2608 [viitattu 26.2.2017]. Saatavissa:

<http://www.fimnet.fi/aineistot.lamk.fi/cl/laakarilehti/pdf/2008/SLL332008-2606.pdf>

Hänninen, J. & Rahko, E. 2013. Oireiden hoito elämän loppuvaiheessa. Terveysportti. Lääkärin tietokannat [viitattu 11.1.2017]. Saatavissa:

[http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo10798&p\\_haku=palliatiivinen](http://www.terveysportti.fi/aineistot.lamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo10798&p_haku=palliatiivinen)

Kela 2017. Muistin tueksi, jos omaisesi kuolee [viitattu 14.3.2017].

Saatavissa: <http://www.kela.fi/muistin-tueksi>

Kipu 2015. Käypähoitosuositus. Duodecim [viitattu 30.3.2017]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50103#s25>

Kuoleman kohdatessa.2015. Suomi.fi [viitattu 1.4.2017]. Saatavissa:

[http://www.suomi.fi/suomifi/suomi/palveluoppaat/ikaantuvan\\_palveluopas/kuoleman\\_kohdatessa/?print=true&recursive=true](http://www.suomi.fi/suomifi/suomi/palveluoppaat/ikaantuvan_palveluopas/kuoleman_kohdatessa/?print=true&recursive=true)

Kilpi, E.2011.Kuoleman kohtaaminen ja saattohoito. Teoksessa Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki:WSOYpro Oy 14.-15.painos.

Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012. Käypähoitosuositus. Duodecim [viitattu 27.12.2016]. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50063#s16>:

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Duodecim 129, 4, 440-445 [viitattu 13.3.2017]. Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi.aineistot.lamk.fi/xmedia/duo/duo10821.pdf>

Kraft, K. 2012. CAM for depression, anxiety, grief, and other symptoms in palliative care. VOL.20. NO. 5. 272 [viitattu 3.4.2017]. Saatavissa:

<http://web.b.ebscohost.com.aineistot.lamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=47b3b13f-4e04-468a-b992-5e6113cc3901%40sessionmgr120&vid=8&hid=102>

Kääriäinen, M.2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Oulu: Oulu university press 2007 [viitattu 30.3.2017]. Saatavissa:

<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>

Laakso, M. 2013. Teoksessa Alila, A, Matilainen, E, Mustajoki, M, Pellikka, M & Rasimus, M (Toim.). Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2013.



Laine, H. 2015. DNR-päätös. Duodecim.Terveyskirjasto [viitattu 16.2.2017].  
Saataavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01180](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01180)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. Annettu Helsingissä  
17.8.1992.

Lakka, P. 2017. Eutanasia herättää tunteita eduskunnan keskustelussa:  
”Olen tuntenut suurta riittämättömyyttä”. Aamulehti 2.3.2017 [viitattu  
20.4.2017]. Saataavissa: <https://www.aamulehti.fi/kotimaa/eutanasia-herattaa-tunteita-eduskunnan-keskustelussa-olen-tuntenut-suurta-riittamattomytta-24316592/>

Lehto, J. 2015. Hoitolinjaukset. Teoksessa Antikainen, R, Hänninen, J &  
Saarto, T (toim.). Palliatiivinen hoito [verkkajulkaisu]. Helsinki: Kustannus  
Oy Duodecim 2015 [viitattu 16.2.2017]. Saataavissa:  
<http://www.oppiportti.fi/op/pli00003/do>

Lehto, J & Pöyhiä, R. 2015. Hengitysteiden oireet. Teoksessa Antikainen,  
R, Hänninen, J & Saarto, T (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus  
Oy Duodecim 2015 [viitattu 15.2.2017]. Saataavissa:  
<http://www.oppiportti.fi/op/pli00263/do>

Lehto, J. & Sioris, T. 2015. Pleuraneste. Teoksessa Antikainen, R,  
Hänninen, J & Saarto, T (toim.). Palliatiivinen hoito. Helsinki: Kustannus  
Oy Duodecim 2015 [viitattu 16.3.2017]. Saataavissa:  
<http://www.oppiportti.fi/op/pli00087/do>

Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2009. Hyvä potilasohje edistää  
potilasturvallisuutta. Suomen potilaslehti 2/2009. Loimaa: Priimus Paino  
Oy [viitattu 8.4.2017]. Saataavissa:  
[http://www.potilasliitto.fi/lehti/Potilaslehti\\_2\\_09.pdf](http://www.potilasliitto.fi/lehti/Potilaslehti_2_09.pdf)

Minkkinen, M. & Mokka, M. 2016. Neuropaattisen kivun kohtaaminen  
terveydenhuollossa. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Lääketieteen  
yksikkö. Tampereen yliopisto [viitattu 1.4.2017]. Saataavissa:

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/99624/SYVENTAVA-1472032607.pdf?sequence=1>

Mistä syöpäkipu johtuu? 2017. Terveyskylä.fi [viitattu 3.4.2017].

Saatavissa:

<https://www.terveyskyla.fi/kivunhallintatalo/tietoa/sy%C3%B6p%C3%A4kipu/mist%C3%A4-sy%C3%B6p%C3%A4kipu-johtuu>

Mokka, M. 2007. Palliatiivinen sädehoito lievittää syöpäpotilaan oireita.

Suomen lääkärilehti 62, 27-31, 2659-2662 [viitattu 13.3.2017]. Saatavissa:

<http://www.laakarilehti.fi.aineistot.lamk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/palliatiivinen-sadehoito-lievittaa-syopapotilaan-oireita/>

Mustajoki, P. 2016. Maksakirroosi. Terveyskirjasto. Duodecim [viitattu

27.3.2017]. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00044](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00044)

Mücke, M., Mochamat, Cuhls, H., Peuckmann-Post, V., Minton, O., Stone, P. & Radbruch, L. 2015. Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews.Issue 5. Art. No.: CD006788. 3 [viitattu 27.3.2017.]

Saatavissa:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006788.pub3/epdf>

Palliatiivinen poliklinikka 2016. Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä [viitattu 13.1.2017]. Saatavissa:

<http://www.phhyky.fi/fi/terveyspalvelut/keskussairaala/poliklinikat/kirurgia/palliatiivinen-poliklinikka/>

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa- Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksset. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 20.1.2017]. Saatavissa:

<https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/111887/URN%3aNB%3afi-fe201504225791.pdf?sequence=1>

Poort, H., Goedendorp, MM., Peters, M., Bleijenbergh, G., Gielissen, MFM., Jacobsen, P., Verhagen, S. & Knoop, H. 2016. Psychosocial interventions

for fatigue during cancer treatment with palliative intent (Protocol).  
Cochrane Library. Database of Systematic Reviews. Issue 1. Art. No.:  
CD012030. 2 [viitattu 27.3.2017.] Saatavissa:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012030/epdf>

Pöyhiä, R. 2012. Nesteytys ja ravitsemus saattohoidossa. Finnanest. 1  
[viitattu 11.1.2017]. Saatavissa:

[http://www.finnanest.fi/files/poyhia\\_nesteytys.pdf](http://www.finnanest.fi/files/poyhia_nesteytys.pdf)

Ream, E. 2007. Fatigue in patients receiving palliative care. Nursing  
Standard. 21, 28, 49-56. Date of acceptance: January 10 2007. March 21;;  
vol 21 no 28::2007 [viitattu 27.3.2017]. Saatavissa:

<http://web.a.ebscohost.com/aineistot.lamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2914e84f-f1fd-41c2-b735-375ec15640e6%40sessionmgr4009&vid=2&hid=4214>

Ridanpää S. 2006. Kuolevan hoitotyötä koskevat kirjalliset ohjeet. Pro  
gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos [viitattu  
27.12.2016]. Saatavissa:

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93373/gradu01009.pdf?sequence=1>

Schmitt, F. 2008. Kuoleva potilas ja perhe. Teoksessa Grönlund, E.,  
Anttonen, M-S., Lehtomäki, S. & Agge, E. (toim.) Sairaanhoitaja ja  
kuolevan hoito. Sairaanhoitajaliitto. Suomen sairaanhoitajaliitto oy,  
Helsinki. Silverprint Oy, Sipoo 2008.

Surakka, T., Mattila, K-P., Åstedt-Kurki, P., Kylmä, J. & Kaunonen, M.  
2015. Palliatiivinen hoitotyö. Parantumattomasti sairas ja hänen  
perheensä. Fioca Oy. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu 2015.

Tasmuth T., Poukka P. & Pöyhiä R. 2012. Milloin saattohoito alkaa?  
Finanest 45, 5, 450-454 [viitattu 6.3.2017]. Saatavissa:

[http://www.finnanest.fi/files/tasmuth\\_milloin.pdf](http://www.finnanest.fi/files/tasmuth_milloin.pdf)

THL 2016. Kuolintodistus [viitattu 14.3.2017]. Saatavissa:

<https://www.thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/valtion-sosiaali-ja-terveydenhuollon->

[erityispalvelut/oikeuslaakinta/kuolemansyyn-selvittamista-koskevat-asiakirjat/kuolintodistus](#)

Tiusanen, T.2013. Teoksessa Alila, A, Matilainen, E, Mustajoki, M, Pellikka, M & Rasimus, M (Toim.). Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2013.

Vallittu-Lankinen, R. 2016. Asiantuntijahaastattelu. Päijät-Hämeen keskussairaalan palliatiivisen poliklinikan sairaanhoitaja. Lahti.

Valvira 2008a. Saattohoito [viitattu 17.2.2017]. Saatavissa: [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/saattohoito](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito)

Valvira 2008b. Hoitotahto [viitattu 10.3.2017]. Saatavissa: [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman\\_loppuvaiheen\\_hoito/hoitotahto](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/elaman_loppuvaiheen_hoito/hoitotahto)

Valvira 2008c. Kuolemansyyn selvittäminen [viitattu 14.3.2017]. Saatavissa: [http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/kuolemansyyn\\_selvittaminen](http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/hyva-ammatinharjoittaminen/kuolemansyyn_selvittaminen)

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

## LIITTEET

### LIITE 1

# Palliattiivisen hoidon opas parantumattomasti sairastuneelle ja hänen omaisilleen



### Kenelle tämä opas on tarkoitettu?

Tämä opas on tarkoitettu ensisijaisesti parantumattomasti sairaalle henkilölle ja hänen läheisilleen. Oppaassa kerrotaan mitä palliatiivinen hoito on ja miksi siihen päädytään. Palliatiivisen hoidon tavoitteisiin kuuluu oireiden lievittäminen ja elämänlaadun parantaminen. Parantumaton sairaus koskettaa sekä sairastunutta, että hänen läheisiään. Riittävän tuen antaminen koko perheelle on merkittävässä osassa kokonaisvaltaista hoitoa.



### Mitä on palliatiivinen hoito?

Palliatiivinen hoito on potilaan aktiivista ja oireenmukaista hoitamista. Pää tavoitteena on parantaa potilaan ja hänen omaistensa elämänlaatua. Palliatiiviseen hoitoon päädytään, kun sairautta ei enää voida parantaa. Lääkäri tekee aina palliatiivisen hoidon päätöksen sekä määrittelee hoidon rajaukset käyden ne läpi yhdessä sairastuneen ja hänen läheistensä kanssa. Myös hoitotahto tulisi huomioida tai sen tekemiseen kannustaa.

### Mitä on saattohoito?

Saattohoito on elämän loppuvaiheen hoitoa, joka kestää päivistä viikkoihin. Tavoitteena on auttaa potilasta rauhalliseen kuolemaan sekä perhettä valmistautumaan muuttuvaan elämäntilanteeseen.

### Elämä parantumattoman sairauden kanssa

Kun terveenä itseään pitävä ihminen saa kuulla olevansa vakavasti sairas, pysähtyy hänen maailmansa paikoilleen. Tästä alkaa voimia vaativa sopeutuminen saatuun tietoon.

Parantumaton sairaus tuo kuoleman ihmisen lähelle. Ajatus kuolemasta koskettaa sairastunutta ja hänen läheisiään.

Asianmukaisen ja rehellisen tiedon saaminen sairaudesta on tärkeää sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Sen kautta he voivat orientoitua nykyhetkeen ja tulevaan. Tiedon saaminen voi joillekin olla helpottavaa, sillä oireilu ja aavistukset saavat selityksen. Läheisten läsnäolo voi helpottaa ymmärtämään sairastuneen kuulemaa. Järkytys tiedosta voi heikentää kykyä ymmärtää annettua tietoa.

#### Pelko

Ensietiedon saaminen parantumattomasta sairaudesta saa monet ajattelemaan ensimmäisenä kuulemaa.

- ahdistus, tuska ja pelko
- pelko tuntemattomasta
- kivun ja huonovointisuuden pelko

Kuoleman käsitteleminen ja kohtaaminen auttavat hillitsemään pelkoja.

Omaisilla on yhtä lailla pelkoja lähestyvistä kuolemasta. Pelot ovat kuitenkin hieman erilaisia kuin sairastuneella.

- luopumisen, yksinäisyyden ja selviytymisen pelko
- hallinnan tunteen menettäminen
- katastrofi pelko
- oman kuolevaisuuden kohtaaminen

Sairastuneen rinnalla kulkeminen on tärkeää kuolemaan saattamisessa ja surutyössä.

Kuoleman pelosta puhuminen voi olla vaikeaa sairastuneelle ja läheisille.

- pelko, että aiheuttaa toiselle lisää pelkoa
- lohdutuksen ja vastausten puute

Pelosta ja ahdistuksesta puhuminen on kuitenkin tärkeää, vaiettu tuska on suurempi kuin ääneen puhuttu. Hoitajaa voi alkuun pyytää mukaan keskusteluun ”sillan rakentajaksi” sairastuneen ja hänen läheistensä välille.



### Elämästä luopumisen prosessi

Elämästä luopumisen prosessi on yksilöllinen ja koskettaa niin sairastunutta kuin omaisiakin. Prosessia säätelee sairauden vaikeus ja eteneminen, sekä yksilölliset lähtökohdat kestää, sietää ja käsitellä asioita.

- elämän kontrollin heikkeneminen sairauden edetessä
- terveyden menettäminen
- oman elämän hallinnan menettäminen
- perhe-elämästä luopuminen
- ammatista ja asemasta luopuminen
- tulevaisuuden suunnitelmista luopuminen

Luopumiseen liittyvät tuntemukset saattavat ilmentyä itselle epätyypillisinä voimakkaina ja pelottavina tunteina

- viha
- kieltäminen
- syyllisyys
- järkytys

Avoin kommunikaatio auttaa omaisia sopeutumaan ja selviytymään paremmin potilaan kuoleman jälkeen.

### Toivo

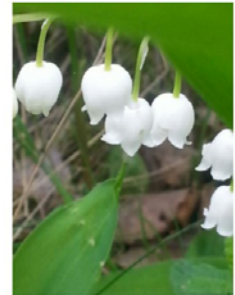
Toivo on sairastuneelle ja läheisille tärkeä voimavara. Toivo on edellytys hyvään elämänlaatuun.

Toivon kohteina voivat olla

- yhteiset hetket läheisten kanssa
- ihmissuhteiden parantuminen
- normaalin elämän eläminen mahdollisimman pitkään
- hyvä oireiden lievitys
- rauhallinen kuolema

Toivoa ylläpitäviä keinoja

- läsnäolo
- kuunteleminen
- huolien vastaanottaminen
- mielihyvän kohteiden toteuttaminen



Läheisen tulee voida luottaa muiden tarjoamaan hyvään hoitoon, jotta hän voi myös itse ottaa omaa aikaa ja levätä. Läheiset voivat myös osallistua perheenjäsenen hoitamiseen, kuten ruokailussa avustamiseen, kasvojen pesemiseen tai hänelle lukemiseen.

### Kuolemaan valmistautuminen

Sairastunut voi valmistautua omaan kuolemaansa erilaisin keinoin.

- kuoleman pohtiminen omasta ja läheisen näkökulmasta
- jo edesmenneiden läheisten muistelemine
- ratkaisujen tekeminen oman elämän ja perheen tulevaisuuden suhteen

Elämän aikana nähdyt rauhalliset kuolemat voivat lohduttaa ja antaa tunteen, että omakin kuolema voisi olla levollinen ja rauhallinen. Kuolevan toiveita tulisi kunnioittaa, vaikka ne tuntuisivat muista hankalilta tai raskailta. Aina kuoleva ei halua läheisiään kuolinhetkenä vierelleen.

Jäähyväiset antavat mahdollisuuden anteeksiannolle ja –pyynnölle, sekä ”lähtöluvan” kuolla.

### Suru

Suru on yksilöllinen ja moniulotteinen prosessi. Surun tehtävänä on hyväksyä läheisen kuolema ja sopeutua menetyksen aiheuttamiin sosiaalsiin- ja tunneperäisiin ongelmiin.

Surun kokemiseen vaikuttavat monet tekijät.

- läheisen kuolintapa
- suhde kuolleeseen ja suhteen merkitys
- tukiverkosto
- surevan ikä
- aikaisemmat selviytymiskeinot
- surevan fyysinen ja henkinen terveys

Suru on voimaperäinen prosessi ja se muuttuu ajan kanssa. Sureva voi kokea negatiivisia ja positiivisia tuntemuksia päällekkäin, jossa vaihtelevat voimakas ja vähemmän voimakas suru.

Surun matka on usein pitkä, eikä kukaan ulkopuolinen voi määritellä toisen surun kestoa. Siihen ei ole olemassa oikeatietä, vaan sen läpi tulee uskaltaa kulkea. Perheenjäsenet ja ystävät ovat usein tärkeimpiä tuenantajia. Surevaa voi auttaa eteenpäin myötätunnolla, lämmöllä ja kysymyksillä. Tuen saaminen, mutta myös sen antaminen voi auttaa surussa.



## Kipu

Kivun kokeminen pelottaa isoa osaa palliatiivista hoitoa saavista henkilöistä, kuin myös heidän läheisiäänkin. Sairastuneen kokema hyvinvointi ja oma mieliala vaikuttavat kivun kokemiseen. Erilaisien kiputyyppejen ja niiden vaikutusmekanismien tunnistaminen auttaa hallitsemaan kipuja paremmin → oikeasta kipulääkityksestä suurempi hyöty.

Kivunhoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä. Kohtalaiseen kipuun tulehduskipulääkkeen rinnalle aloitetaan vahva opioidi pienellä annoksella → heikkojen opioidien on todettu olevan teholtaan vaatimattomia palliatiivisen hoidon henkilöillä.

Opioidien toimintaa vahvistavat lääkkeet ovat kokeilemisen arvoisia. Vaihtoehtoina kivunlievityksessä käytetään harkinnan mukaan myös ihonalaista tai epiduraaliteitse lääkitsemistä.

*Opioidi = vahva  
keskushermoston kautta  
vaikuttava kipulääke (esim.  
morfiini & oksikodoni)*

## Luustokipu

Aiheutuu syöpäsoluista luukudoksessa → ne heikentävät luun rakennetta ja lujuutta. Kivunhoitokeinoina ovat tulehduskipulääkkeet ja sädehoito, joskus leikkaushoito.

## Elinvauriokipu

Elinvauriokipuja on kahdenlaisia.

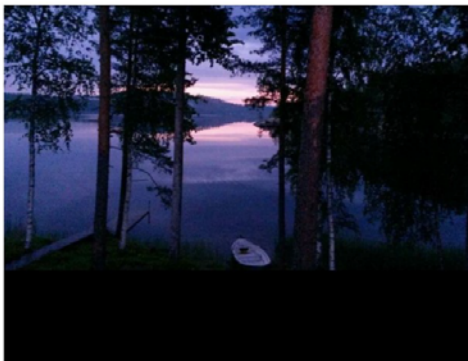
- Somaattinen elinvauriokipu on syvää tai pinnallista kipua ja se on helposti paikallistettavissa.
- Viskeraalinen elinvauriokipu on sisäelinkipua, mikä on usein säteilevää kipua ja vaikea paikallistaa mistä kipu on lähtöisin.

## Hermovauriokipu

Tämän tyypistä kipua aiheuttaa hermojärjestelmän vauriot tai on yhteydessä sairauteen. Opioidiherkkyys vaihtelee. Masennus ja epilepsialääkkeet ovat peruskipulääkityksen hermovauriokivun hoidossa.

## Lääkkeetön kivunhoito

Lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä kannattaa kokeilla lääkityksen tukena. Erilaisia vaihtoehtoja ovat liikunta, asentohoito, kylmä- ja lämpöhoidot sekä TNS-hoitoa eli hermostimulaatiota sähköimpulssien avulla. Kognitiivisia menetelmiä ovat rentoutus ja huomion suuntaaminen pois kivusta esim. musiikin kuuntelu, lukeminen, tv:n katselu.



## Oireiden lievitys osana hyvää perushoitoa

Hyvään perushoitoon sisältyy potilaan kokonaisvaltainen hoito sekä yksilöllisyyden huomiointi. Fyysinen huolenpito sekä henkinen huolenpito kulkevat käsi kädessä, sillä henkinen oireilu voi aiheuttaa fyysisiä oireita ja toisinpäin.

## Ihon hoito

Tyypillisimmän haavatyyppit palliatiivisessa hoidossa olevalla henkilöllä

- etäpesäkkeiden aiheuttamat haavaumat
- valtimoperäiset haavat
- trauman aiheuttamat haavat
- painehaavat

Haavojen ehkäisy ja niiden hoidon tukemisen keinoja

- verenkierron elvyttäminen kevyellä hieronnalla
- kuivan ihon rasvaus perusvoiteella
- hyvä ravitsemustila ja täydennysravintovalmisteet
- painehaavojen ehkäisyssä säännöllinen asennonvaihto, varotaan ihon venyttymistä, hankautumista ja kiristymistä sekä iho pidetään ehjänä ja kuivana
- oikeat haavanhoitotuotteet ja puhtaana pito



### Vatsantoiminnan tukeminen

Tyypillisin vatsantoiminnan ongelma on ummetus. Muita ongelmia voivat olla ripuli ja suolitukos.

Ummetus on tyypillisin vahvojen kipulääkkeiden aiheuttama haittavaikutus. Ummetuksen hoitokeinoja

- säännöllinen laksatiivien käyttö
- vatsantoimintaa edistävä ruokavalio, kuitupitoinen
- riittävä nesteiden saanti 1500-2000ml/ vrk
- wc-rauha
- mahdollisten peräpukamien hoito
- liikunta

Ripulioireita hoidetaan aiheuttajan mukaisesti, joita voivat olla solusalpaajahoito, antibiootit, liiallinen laksatiivien käyttö ja sopimaton ruoka. Hoitona käytetään

- Riittävä nesteiden saanti, kuituvalmisteet, ripulijuomavalmisteet ja urheilujuomat
- Suonensisäinen nesteytys, mikäli se on hyödyllistä sairastuneen kokonaistilanteen huomioiden
- Tarvittaessa lääkäri määrää lääkkeen ripuliin aiheuttajan mukaisesti
- Oireiden pitkittyessä → ulosteviljelynäyte

Suolitukoksen syinä voivat olla suolen tyhjennysliikkeen heikentyminen tai kasvaimen aiheuttama este. Oireita ovat vatsakivut, runsas oksentelu, koliikkimaiset vatsakivut. Tukokset pyritään leikkaamaan kirurgisesti mikäli potilaan yleistila sen sallii. Kylkiasento on mukavin tukoksesta kärsivälle.

### Pahoinvoinnin ehkäiseminen

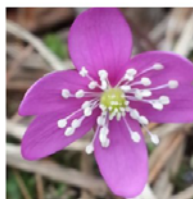
Pahoinvointi, oksentelu ja ruokahaluttomuus ovat tyypillisiä oireita palliativisessa hoidossa olevalle henkilölle. Hoitona voidaan käyttää

- pahoinvointilääkitys
- riittävä nesteiden saanti
- ruokailun rauhoittaminen mieluisaksi: raitis ilma, kävely ennen ruokailua, huoneen tuuletus, keskittyminen samalla muuhun aktiviteettiin, aterian kaunis esille panno, pienet annokset, kylmät ja kirkaat juomat, aterian yhteydessä niukka juominen, juodaan enemmän aterioiden välillä, mieliruoat
- ruokahalua voidaan lisätä lääkityksellä tai käyttämällä alkoholia ruokajuomana
- puoli-istuva asento ruokailujen jälkeen
- kipulääkityksen vaihto/lääkityksen tarkistaminen

### Hengityksen tukeminen

Hengenahdistus on yleisin hengitykseen liittyvä oire. Se vaikuttaa toimintakykyyn, uneen ja elämänlaatuun. Hengenahdistusta helpottavia keinoja ovat:

- kostea ja raikas huoneilma
- lääkehoito
- hyvä asento ja rentoutuminen
- lisähappi



### Nesteen kertyminen elimistöön ja sen hoito

Nestettä saattaa kerääntyä vatsaonteloon, keuhkopussiin tai raajoihin elintoimintojen häiriintyessä ja hidastuessa, sairauden tai toimenpiteen seurauksena.

Vatsaonteloon kertyvä neste on askitesnestettä. Sen oireita ovat närästys, pahoinvointi, oksentelu, täyttymisen tunne, hengenahdistus, ummetus, vatsan ympäristön kasvu ja kipu. Hoitona käytetään

- nesteenpoistolääkitystä jos siitä saadaan vastetta
- Askitespunktio eli nesteen poistaminen tyhjennysneulalla jos nestettä on paljon

Keuhkopussiin kertyvä neste on pleuranestettä. Sen aiheuttamia oireita voivat olla mm. hengenahdistus, yskä, painon tunne rinnalla ja rintakipu. Sairastuneen oireet ja toiveet sekä hoidon vaste määrittelevät hoidon. Oireita lievittäviä keinoja ovat:

- pleurapunktio eli kertaluontoinen nesteen poistaminen tyhjennysneulalla keuhkopussista.
- Pleuradreeni eli asennetaan ohut katetri keuhkopussiin, jota pitkin neste pääsee valumaan pois keuhkopussiin.
- PleurX-dreeni eli pysyvä katetri, joka mahdollistaa keuhkopussiin kertyneen nesteen tyhjentämisen itse kotona.

Raajaturvotus näkyy ihoa painettaessa, painokohdassa näkyvänä kuoppana. Turvotus laskee levossa. Hoitona siihen voidaan käyttää:

- Kipulääkitys
- Ihon rasvaus
- Lymfahieronta
- Kompressiosidokset eli tukisidokset raajoihin
- Nesteenpoistolääkitys, mikäli siitä on vastetta

### Elimistön ja suun kuivumisen hoito

Kuivumisen tavallisimpia syitä ovat riittämätön nesteiden saanti, ripuli, oksentelu ja kuume. Oireina voivat olla päänsärky, väsymys, fyysinen voimattomuus, sormien ja jalkojen turvotus, lihaskrampit, pahoinvointi, huomaus ja sekavuus. Suonensisäistä nesteytystä käytetään harkinnanvaraisesti ainoastaan jos se lievittää oireita.

Suun kuivumisen tunne liittyy syljen erittymisen vähenemiseen. Sitä voidaan lievittää erilaisin keinoin

- Suun kostutus: keinosylkivalmisteet, ruokaöljy, jääpalojen imeskely ja kylmät juomat
- Suunalueen haavaumat tulisi aina hoitaa.

### Mielialan muutokset ja niiden hoitaminen

Palliativisessa hoidossa olevalla henkilöllä saattaa ilmantua erilaisia mielialan ongelmia, jotka saattavat johtaa masennukseen, ahdistukseen, unettomuuteen tai sekavuuteen. Näiden ehkäisyn keinoja ovat:

- Surutyö
- Elettyä elämää arvostava muistelu
- Keskustelu
- Hyvä hoito
- Lääkitys

### Erilaisten hoitokeinojen käyttö tai niistä Luopuminen

Tutkimukset ja hoidot suunnitellaan potilas- ja oirelähtöisesti. Hyvällä hoidon tuntemuksella ennaltaehkäistään oireiden alihoitoa tai liian voimaperäisiä hoitoja. Riittävä tiedonsaanti ja luottamuksellinen hoitosuhde edistävät sekä potilaan, että omaisten hyvinvointia.

### Toimenpiteet

Kaikki tehtävät toimenpiteet arvioidaan sen mukaan onko niistä oireiden lievitykseen apua. Sairastuneen lähestyessä kuolemaa, voidaan rutiinin omaisista toimenpiteistä luopua. Tällaisia ovat esimerkiksi:

- Nestelista
- Verenpaine seuranta
- Elimistön hapettuminen
- Lämmön mitta

Hoitotilanteen pyritään rauhoittamaan ja kaikkea turhaa vältetään. Hoito painottuu läsnäoloon, keskusteluun ja kuunteluun.



### Sädehoito

Sädehoitoa käytetään kasvainten ja niiden etäpesäkkeiden aiheuttamien kiputilojen, tukosoireiden ja hengenahdistuksen lievitykseen. Sädehoitoa voidaan antaa vain, jos sairastuneen yleistila on niin hyvä, että hän kestänee matkan sädehoitoa antavaan yksikköön ja hoidosta aiheutuvat haittavaikutukset.

### Verituotteet

Veritiputukset ovat lääkärin arvioitavia toimenpiteitä, joita hän harkitsee potilaskohtaisesti. Arvioon vaikuttavat oireiden voimakkuus ja hoidosta saatava hyöty. Saattohoitovaiheessa ei enää suositella lainkaan veritiputuksia —> siitä ei yleensä ole riittävän pitkäaikaista vastetta.

### Lääkitys

Palliativisessa hoidossa perussairauksien lääkitystä harkitaan uudestaan esim. jos voimakkaista kipulääkkeistä tulee vakavia yhteisvaikutuksia perussairauksien lääkityksen kanssa —> yleensä perussairauteen käytettävä lääkitys puretaan pois.

Saattohoitovaiheessa lääkitykseksi jää ainoastaan pahoinvointi-, kipu- sekä mielialalääkkeet. Lisäksi tarvittavat lääkkeet määrätään kipuun, levottomuuteen, limaisuuteen, hengenahdistukseen, pahoinvointiin ja oksenteluun. Kaikki muu lääkitys karsitaan pois.

Antibiootteja käytetään harkiten oireiden lievittämiseen —> esim. virtsatie-tulehdus-, hengitystie-tulehdus oireet. Mikäli antibiootista ei saada apua, ne yleensä lopetetaan.

### Suonensisäinen nesteytys- ja ravitsemushoito

Lisänesteen antaminen saattaa helpottaa nestehukan aiheuttamia oireita.

- Jos lisänesteen antaminen suonensisäisesti aiheuttaa turvotuksia, kipuja tai hengenahdistusta, ei nesteytyksestä ole hyötyä. Tällöin lisänestettä ei anneta.

Ravintoliuosta voidaan antaa, mikäli se on sairastuneen etujen mukaista. Hän on vakavasti aliravittu tai hänellä on muita esteitä syömisen suhteen.

- Saattohoitovaiheessa elimistön aineenvaihdunta on niin hidastunutta, ettei ravintoaineet imeydy riittävästi —> ravintoliuksesta ei tällöin ole hyötyä.

[illegible]

**LAMK** Lahden ammattikorkeakoulu  
Lahti University of Applied Sciences

*Kaiken kauniin eilisestä haluan  
kuljettaa mukanani tähän  
päivään. Että jaksaisin elää  
jokaisen hetken niin vahvasti kuin  
vain voin. Vaikka tulevaisuus on  
arvoitus, on jokainen vahvasti  
eletty hetki myös uutta mukaan  
otettavaa huomiseen.*

*(Tuntematon)*

